

Inperken voorkomen

**Individuele proactieve agressiehanteringsmethode (IPAM)
in de (dag)klinische kinderpsychiatrie en jeugdzorg:
verantwoording en evaluatie**

Marije Valenkamp

ISBN: 978-94-6169-044-9

Ontwerp cover en binnenwerk: Abe Ontwerp, Eindhoven, The Netherlands, www.abeontwerp.nl

Coverfoto: de Nationale Beeldbank / Naomi den Hertog

Print: Optima Grafische Communicatie, Rotterdam, The Netherlands

Dit onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door: Sophia Kinderziekenhuis Fonds (SSWO), GGZ Nederland (in samenwerking met Yulius, voorheen RMP1), Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie in Perspectief en de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia.

Copyright © 2011 M.W. Valenkamp

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd of worden opgeslagen in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Inperken voorkomen

Individuele proactieve agressiehanteringsmethode (IPAM)
in de (dag)klinische kinderpsychiatrie en jeugdzorg:
verantwoording en evaluatie

Preventing the use of restrictive interventions

Individual proactive aggression management intervention (IPAM)
in (semi)residential child psychiatry and youth care:
background and evaluation

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
rector magnificus

Prof.dr. H.G. Schmidt

en volgens het besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 29 juni 2011 om 15.30 uur

door

Marije Willemien Valenkamp

geboren te Nieuw Vennep, Haarlemmermeer



Promotiecommissie

Promotor

Prof.dr. F. Verheij

Overige leden

Prof.dr. F.C. Verhulst

Prof.dr. H.J.C. van Marle

Prof.dr. H.L.I. Nijman

Paranimfen

Geertjan Overbeek

Vicky Verschoor

Anyone can become angry, that is easy.
But to be angry with the right person,
to the right degree,
at the right time,
for the right purpose,
and in the right way...
this is not easy.

*Aristoteles (384-322 v.Chr.)
The Nicomachean Ethics*

Inhoudsopgave

INTRODUCTIE	9
1 Probleem- en doelstelling	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Probleemschets	11
1.3 Doelstelling	20
1.4 Opzet proefschrift	21
VERANTWOORDING	23
2 Verklaringsmodel voor de toepassing van inperkende maatregelen	25
2.1 Inleiding	25
2.2 Met inperkende maatregelen samenhangende factoren	27
2.3 Aangrijpingspunten voor de interventie	32
3 Interventies voor het terugdringen van inperkende maatregelen	35
3.1 Inleiding	35
3.2 Veelbelovende interventies	36
3.3 Aangrijpingspunten voor de interventie	48
4 Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode	51
4.1 Inleiding	51
4.2 Aangrijpingspunten voor de interventie	53
4.3 Kernelementen van de interventie	57
EVALUATIE	69
5 Opzet van het onderzoek	71
5.1 Inleiding	71
5.2 Onderzoeksvragen	72
5.4 Onderzoekspopulatie	76
5.5 Onderzoeksinstrumenten	82
5.6 Statistische analyses	88
6 Pro-ACT	93
6.1 Inleiding	93
6.2 Methode	94
6.3 Resultaten	95
6.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie	102
7 Veranderingen in de toepassing van inperkende maatregelen	103
7.1 Inleiding	103
7.2 Methode	104
7.3 Resultaten	105
7.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie	108
8 Veranderingen in agressief gedrag	109
8.1 Inleiding	109
8.2 Methode	109
8.3 Resultaten	112
8.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie	116

9 Veranderingen bij pedagogisch medewerkers	117
9.1 Inleiding	117
9.2 Methode	118
9.3 Resultaten	121
9.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie	126
10 Klinische opbrengsten en suggesties ter verbetering	127
10.1 Inleiding	127
10.2 Methode	128
10.3 Resultaten	130
10.4 Klinische inzichten	136
10.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie	139
DISCUSSIE	141
11 Discussie	143
11.1 Inleiding	143
11.2 Opbrengsten van de interventie	144
11.3 Bereik en beperkingen	155
11.4 Conclusies en implicaties voor verder onderzoek en de praktijk	158
Literatuur	163
Samenvatting / Summary	171
Samenvatting	171
Summary	176
Bijlagen	183
Dankwoord	187
Over de auteur	193
Curriculum Vitae	193
Publicaties	194
PhD Portfolio	195

Introductie

Hoofdstuk 1

HOOFDSTUK 1

Probleem- en doelstelling

1.1 Inleiding

Doel van het in dit proefschrift beschreven onderzoek is een interventie te ontwikkelen om binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg de toepassing van inperkende maatregelen, namelijk ruimtelijk en fysiek inperken, vanwege de geëscaleerde agressie van de kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar te verminderen. In dit eerste hoofdstuk wordt de achtergrond van deze doelstelling toegelicht.

In Paragraaf 1.2 wordt een nadere omschrijving gegeven van wat onder agressie wordt verstaan, hoe vaak agressie in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg voorkomt, hoe milde agressie zich ontwikkelt tot geëscaleerde agressie en welke mogelijkheden er binnen de instellingen zijn om de agressie van de kinderen te hanteren.

Paragraaf 1.3 zet de doelstelling van het proefschrift nader uiteen.

In Paragraaf 1.4 tenslotte wordt de opzet van dit proefschrift toegelicht.

1.2 Probleemschets

Agressie

In dit proefschrift staat de hantering van de kinderlijke agressie in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg centraal. Agressie is echter geen eenduidig concept.

Ten eerste geldt dat agressie moet worden onderscheiden van andere vormen van negatief gedrag. Binnen het continuüm van storend via ongehoorzaam tot agressief gedrag is agressie de meest ernstige vorm van negatief gedrag (Van Doorn & Verheij, 2008). Storend gedrag staat voor het doen van dingen waar anderen last van hebben, bijvoorbeeld het veel weglopen van tafel of overal op ingaan,

zonder dat daarmee bewust wordt gekozen lastig te zijn. Ongehoorzaam gedrag is de volgende stap binnen het continuüm: openlijk weigeren om instructies of regels op te volgen. Agressief gedrag is de derde stap binnen het continuüm.

Hoewel beide vaak samen voorkomen, dient agressie ook te worden onderscheiden van de emotie boosheid. Bekendheid met agressief gedrag en de ervaring dat dit gedrag gewenste opbrengsten oplevert, zijn naast de emotie ook voorwaarde voor een kind om agressief gedrag te gebruiken. Tot voor kort werd uitgegaan van een vooral directe invloed van emotie op gedrag. Recente inzichten gaan er vanuit dat de relatie complexer is. Baumeister, Vohs, DeWall en Zhang (2010) beschouwen emotie als een feedback-systeem. Niet alleen leidt emotie in sommige gevallen direct tot gedrag, gedrag kan ook worden ingezet om een bepaalde emotie juist te voorkomen. Nadat een bewust beleefde emotie (bijvoorbeeld boosheid) tot bepaald gedrag (bijvoorbeeld agressief gedrag) heeft geleid, komen associaties tot stand tussen de situatie, de emotie en de gedragsmatige respons. Deze automatische, snelle associaties kunnen vervolgens in een overeenkomstige situatie tot het zelfde gedrag leiden, zonder dat de emotie bewust hoeft te worden beleefd. De associatie geeft de persoon de mogelijkheid om te leren. Door in een bepaalde situatie bewust nieuw gedrag te gebruiken kan de geanticipeerde ongewenste emotie, die met het oude gedrag en met de situatie wordt geassocieerd, uit de weg worden gegaan. Andersom kan gedrag ook worden ingezet om een geanticipeerde gewenste emotie juist te bereiken. De relatie tussen emotie en gedrag is dus complex en kan zowel direct als indirect zijn. De cognitieve processen, de associaties tussen emotie en gedrag, vinden veelal automatisch en op onbewust niveau plaats. Boosheid is niet hetzelfde als agressie, hoewel beide wel in relatie tot elkaar staan.

Tot slot is er discussie over de vraag of agressie al dan niet los staat van het begrip intentie. Sommige auteurs, zoals Lewis (1996), verstaan onder agressie het gedrag van een persoon dat de intentie heeft fysieke pijn of schade bij anderen toe te brengen. In tegenstelling tot Lewis zijn Loeber en Hay (1997) juist van mening dat intentie niet in de definitie van agressie hoort. Intentie is immers niet observeerbaar en veel agressoren ontkennen intentie regelmatig. Loeber en Hay beschouwen agressie als gedrag dat fysieke schade aan anderen veroorzaakt of dat bedreigend is voor anderen. Morrison (1990) betreft evenmin intentie in de definitie. Onder agressief gedrag verstaat hij elk verbaal, nonverbaal of fysiek gedrag dat dreigend is naar de persoon zelf, anderen of objecten of dat fysieke schade aanricht aan de persoon zelf, anderen of objecten.

Binnen dit proefschrift wordt ervoor gekozen emotie en intentie niet in de definitie van agressie mee te nemen. Belangrijk voor deze keuze is het onderscheid tussen reactieve en proactieve agressie in de literatuur over kinderlijke agressie (Dodge, 1991; Dodge & Coie, 1987; Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997; Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006; Polman, Orobio de Castro, Koops, Van Boxtel, & Merk, 2007).

De theoretische basis van reactieve agressie is het frustratie-agressie model van Berkowitz (1989). Reactief agressief gedrag is een impulsieve, ongereguleerde, vijandige reactie op een gebeurtenis die als frustratie of bedreiging wordt ervaren. Het opnemen van intentie in de definitie van agressie zou tot gevolg kunnen hebben dat reactieve agressie vanwege de afwezigheid van, althans gecontroleerde, intentionaliteit ten onrechte niet als agressie wordt beschouwd.

De theoretische basis van proactieve agressie is de sociale leertheorie van Bandura (1977). Proactieve agressie wordt beschreven als intentioneel gedrag. Het betreft gecontroleerd gedrag. Het kind wil met het gedrag een bepaald doel bereiken. Het opnemen van het concept emotie in de definitie van agressie zou tot gevolg kunnen hebben dat de proactieve agressie vanwege het ontbreken van, in elk geval zichtbare, emotie onterecht als agressie wordt uitgesloten.

Om het risico op het onterecht uitsluiten van bepaalde gedragingen te voorkomen, wordt binnen dit proefschrift de definitie van Morrison (1990) gehanteerd. Agressie wordt binnen deze definitie beschouwd op het niveau van het concreet waarneembare gedrag. Volgens Verheij en Van Doorn (2008) zijn de volgende waarneembare agressieve gedragingen op de kinderleeftijd te onderscheiden (p.231 e.v.): verbale agressie of agressief optreden door houding jegens personen, fysiek agressief gedrag jegens personen, agressief gedrag jegens objecten, agressief gedrag jegens zichzelf, dreigen met agressief gedrag jegens anderen, zichzelf of objecten, ernstig roekeloos gedrag dat een groot risico inhoudt voor zichzelf, anderen of materiële zaken, gedrag dat in de gegeven omstandigheden gewone sociale interactie op destructieve wijze verstoort, sterke teruggetrokkenheid waarbij niet wordt gereageerd op normale en redelijke pogingen tot communicatie door anderen, niet aanspreekbaar zijn of zich niet aanspreekbaar tonen als het gaat om normale zaken die men onderling wil regelen of op ernstige wijze verplichtingen niet nakomen, en tot slot het veroorzaken van delicten.

Prevalentie van agressieve gedragsproblemen binnen (dag)klinische instellingen

Agressief gedrag is vaak één van de redenen voor verwijzing naar een klinische instelling voor jeugdzorg (Knorth, Klomp, Van den Berg, & Noom, 2007). Volgens Van der Ploeg (2009) is ongeveer de helft van de jeugdigen in de ambulante en klinische jeugdzorg in behandeling gekomen vanwege agressieve gedragingen. Ook binnen de ambulante en klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie is agressie één van de meest voorkomende redenen voor verwijzing (Carlson, 1995). Agressief gedrag van kinderen is binnen deze instellingen zelf dan ook aan de orde van de dag en kent, overeenkomstig de rubricering van agressieve gedragingen bij Verheij en Van Doorn (2008), verschillende uitingsvormen. Het agressieve gedrag richt zich op medewerkers van de instelling, de ouder(s), de medepatiënten, op het kind zelf of op materiaal en het gebouw. Het gedrag doet zich voor binnen de leefgroep, op het speelplein, op school en/of in de therapieruimte.

Hoewel in Nederland ongeveer 15.000 (dag)klinische plaatsen beschikbaar zijn in de kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdzorg en instellingen voor kinderen (tot 12 jaar) en jeugdigen (vanaf 12 jaar) met een licht verstandelijke beperking (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009¹), is over de prevalenties van psychische of gedragsproblemen in deze (dag)klinische instellingen in Nederland voor kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar niet gepubliceerd. Uit analyse onder 83 kinderen met een gemiddelde leeftijd van 8 jaar (sd 2) binnen een (dag)klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie blijkt dat, zoals op het moment van intake gemeten met behulp van de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991a; Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996), bij circa 37% van deze kinderen het niveau van agressieve gedragsproblemen binnen het klinische gebied valt en bij nog eens circa 11% binnen het sub-klinische gebied (Wielemaker, 2009). Bovendien blijkt onder kinderen die gemiddeld 3 jaar in een (dag)klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland verbleven het agressieve gedrag op het moment van intake significant ernstiger dan onder kinderen in een ambulante instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie of onder kinderen in de algemene bevolking (Wielemaker). Het onderzoek van Wielemaker ondersteunt, tenminste voor de agressieve gedragsproblematiek, de theorie dat een hogere intensiteit van zorg samen gaat met meer problematiek (Harder, Knorth, & Zandberg, 2006). Tevens maakt het onderzoek duidelijk dat in een (dag)klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie bij ongeveer de helft van de kinderen sprake is van (sub-)klinische niveaus van agressieve gedragsproblemen.

Escalatie van agressie

Agressief gedrag kan oplopen van milde naar ernstige of geëscaleerde agressie. Het ernstniveau van de agressie heeft gevolgen voor de ontvankelijkheid voor interventie. Mild agressief gedrag biedt de hulpverlener mogelijkheden om het kind te ondersteunen in het gebruiken of uitbreiden van zijn eigen agresieregulatievaardigheden om daarmee het oplopen van de agressie te stoppen. Bij geëscaleerde agressie is deze mogelijkheid er niet (Breakwell, 1995). Escalatie van agressief gedrag in (dag)klinische instellingen is daarmee risicovol voor zowel de kinderen als de medewerkers. Het kan leiden tot verwondingen of traumatische ervaringen bij de agressieve kinderen zelf (Sukhodolsky, Cardona, & Martin, 2005). Bij de andere kinderen in de klinische leefomgeving roept de agressie dikwijls angst op, vaak gerelateerd aan eerdere traumatische

1 Het SCP (De jeugd een zorg, 2009) baseert zich hierbij op kerncijfers afkomstig van het Nederlands jeugdinstituut (Nji). Het betreft cijfers van het jaar 2004, het laatste jaar waarover volledige gegevens beschikbaar zijn. Het getal 15.000 (precies 15.580) is als volgt tot stand gekomen: capaciteit voor niet ambulante hulpverlening binnen de jeugd-GGZ (2.090) en jeugd-LVG (2.688) plus de door de provincie gefinancierde jeugdzorg (20.880) minus het aantal gebruikers van pleegzorg op jaarbasis (10.078). Het betreft kinderen en jeugdigen tot de leeftijd van 18 jaar.

ervaringen. Daarnaast is het een bekend fenomeen dat de agressie van het ene kind agressie bij het andere kind oproept. Medewerkers, zoals pedagogisch medewerkers, leerkrachten en therapeuten, lopen vanwege het agressieve gedrag van de kinderen regelmatig blauwe plekken, blijvende littekens of traumatische ervaringen op. Ook wordt agressie in verband gebracht met onenigheid binnen het team van pedagogisch medewerkers (Berlin, 1991), het ontstaan van burn-out (De Bode, 2003), arbeidsuitval en een relatief groot verloop onder het personeel (Knotter, Stams, Jansen, & Moonen, 2008; Ten Wolde & Koorenhof, 2006). Bovendien verhogen de traumatische ervaringen bij medewerkers de kans op negatieve tegenoverdracht, waarmee het risico op agressief gedrag van de kinderen toeneemt.

Het geëscaleerde agressieve gedrag is ook kostbaar, zowel wat betreft benodigde vergoedingen voor aangebrachte schade als in termen van verlaagde moraal en frequente wisselingen onder het personeel, verminderde effecten van de behandeling en verhoogde risico's op een negatief therapeutisch klimaat (Carmel & Hunter, 1989). Uit onderzoek van Van der Ploeg en Scholte (2003) blijkt dat onder de jeugdigen in de jeugdzorg die tussentijds uitvallen meer dan de helft ernstige agressieproblemen vertoont. Respectievelijk 65 en 55% van de uitvallers van klinische instellingen of dagbehandeling verlaat de instelling vanwege het agressieve gedrag.

Hantering van agressie

Bij escalatie van agressie is het belangrijk de veiligheid voor het kind zelf, de andere kinderen en de medewerkers zoveel mogelijk te waarborgen. De literatuur over het gebruik van medicatie om agressieve incidenten te hanteren betreft voornamelijk volwassenen en slechts in beperkte mate kinderen en jeugdigen (Masters e.a., 2002). Wanneer over de toepassing van medicatie bij agressieve kinderen en jeugdigen wordt gerapporteerd, is het doel van de medicatie de behandeling van de eventueel aan de agressieve gedragsproblemen ten grondslag liggende psychiatrische diagnose (Masters e.a.) en niet zozeer het voorkomen of hanteren van agressieve incidenten. Geen van de in het kader van agressie voorgeschreven middelen is geregistreerd voor de behandeling van agressie bij kinderen en jeugdigen. Zij zijn hoogstens geregistreerd voor ernstige vormen van opwindings of onrust (Dieleman, Dierckx, & Hofstra, 2011).

Medicatie met als doel het voorkomen of hanteren van agressie is bij kinderen dus geen primair te overwegen interventie. Pedagogisch medewerkers binnen de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie worden daarom getraind in het verantwoord fysiek en ruimtelijk hanteren van de geëscaleerde agressie. In veel gevallen nemen spanningen geleidelijk toe totdat ze in een agressieve uitbarsting tot ontlading komen. Mede vanuit de wetenschap dat het vroegtijdig doorbreken van de negatieve spiraal escalaties voorkomt (Singh, Singh, Davis, Latham, & Ayers, 1999), gaat in deze trainingen in toenemende mate ook aandacht uit

naar houdingsaspecten en naar mogelijkheden om al in een vroegtijdig stadium de oplopende agressie te deëscaleren. De technieken die tijdens de trainingen worden geleerd zijn desondanks reactief. Er wordt, weliswaar vroegtijdig, gereageerd op het zich escalerende of op het al geëscaleerde agressieve gedrag.

Toepassing van inperkende maatregelen

Wanneer de agressie van een kind niet is voorkomen of tijdig is doorbroken, worden om de veiligheid te waarborgen bij geëscaleerde agressie inperkende maatregelen regelmatig toegepast.

Onder een fysieke inperkende maatregel wordt verstaan het onder dwang beperken van de bewegingsvrijheid van het kind door deze lichamelijk vast te houden. Een fysieke inperking kan betekenen het stevig vasthouden aan de arm om het kind naar een rustige ruimte te begeleiden, maar ook het met bijvoorbeeld twee pedagogisch medewerkers in bedwang houden van armen en benen terwijl het kind op de grond ligt.

Onder een ruimtelijke inperking wordt verstaan het onder dwang afzonderen van het kind in een aparte prikkelarme ruimte.

Doorgaans worden inperkende maatregelen om zeven redenen ingezet (Day, 2002):

- om te voorkomen dat het kind zichzelf pijn doet;
- om te voorkomen dat het kind anderen (medewerkers en medepatiënten) pijn doet;
- om te voorkomen dat het kind materiële schade toebrengt;
- om een gevoel van controle te bieden aan een afdeling;
- om te reageren op het overtreden van een regel;
- om zelfcontrole en copingvaardigheden bij het kind te stimuleren; en
- om te kunnen handelen wanneer minder inperkende maatregelen hebben gefaald.

Day (2000) onderzocht 109 gepubliceerde en niet gepubliceerde internationale artikelen uit de periode 1965 tot 2000 over de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen (tot 12 jaar) en jeugdigen (vanaf 12 jaar) in (dag)klinische instellingen. Day concludeerde op basis van zijn overzichtsartikel dat de frequenties van de toepassing van inperkende maatregelen in de verschillende onderzoeken sterk uiteenlopen. Het percentage van kinderen en jeugdigen bij wie inperkende maatregelen wordt toegepast varieert over de onderzoeken tussen de 20 en 60% van de totale groep kinderen en jeugdigen dat binnen de instellingen verblijft. Day vond daarnaast dat, over een groot aantal instellingen en populaties bekeken, telkens een kleine groep van kinderen en jeugdigen (7 tot 15%) verantwoordelijk is voor het merendeel (60 tot 70%) van de gerapporteerde inperkende maatregelen.

Gezien de verschillen in organisatie van instellingen en wetgeving zijn gegevens vanuit buitenlands onderzoek beperkt generaliseerbaar naar de Nederlandse

situatie. Voor de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg zijn voor Nederland echter geen betrouwbare databestanden beschikbaar waaruit de prevalenties van de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar kunnen worden herleid. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie geldt dat alle inperkingen, die onder dwang worden toegepast bij patiënten die onder het regime van de wet Bijzondere Opname Psychiatrie Ziekenhuizen (BOPZ²) vallen, moeten worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze gegevens worden opgeslagen in het zogenaamde BOPZ-informatiesysteem (Bopzis) van de Inspectie. De meeste BOPZ-opnames betreffen jeugdigen vanaf 12 jaar. Er zijn maar weinig kinderen onder de 12 jaar met een BOPZ-titel opgenomen in een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De Bopzis-cijfers bieden daarom geen betrouwbaar beeld van de toepassing van inperkende maatregelen bij deze leeftijdsgroep binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland. Binnen het initiatief Dwang en Drang van GGZ Nederland zijn recentelijk stappen gezet in de ontwikkeling van een op de kinderteleeftijd toegespitst landelijk registratiesysteem van inperkende maatregelen voor de jeugd-GGZ instellingen (Argus). Vooralsnog is dit systeem nog in ontwikkeling en niet landelijk ingevoerd of geëvalueerd. Een Argus voor de volwassenen-GGZ is al wel in gebruik. GGZ Nederland, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011) hebben gezamenlijk de doelstelling geformuleerd de Argus landelijk in te voeren naast de huidige Bopzis. Nagestreefd wordt de Argus samen met de Bopzis als basis te laten dienen voor de registratie in het kader van de op hande zijnde wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg, die binnen afzienbare tijd de wet BOPZ zal vervangen.

Hoewel met regelmaat toegepast, zijn zowel de positieve als de negatieve consequenties van de toepassing van inperkende maatregelen op de behandelingsuitkomsten bij kinderen en jeugdigen op korte en lange termijn niet in onderzoek aangetoond (Day, 2002). Onderzoek bij volwassenen toont aan dat separeren, een zware variant op de kinderlijke ruimtelijke inperking, traumatiserend kan zijn voor de patiënten en medewerkers en dat het een vertragend effect heeft op het therapeutisch proces (Fisher, 1994). Onder kinderen zijn dergelijke onderzoeken naar de gevolgen van inperkende maatregelen zover bekend niet verricht. Wel wordt gesteld dat de toepassing ervan niet therapeutisch is en een falen in het behandelingsproces reflecteert (*National Association*

2 BOPZ staat voor gedwongen opname in de (kinder- en jeugd)psychiatrie. Een kind wordt verplicht opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Voor gedwongen opname moet sprake zijn van een psychiatrische stoornis die gevaar veroorzaakt voor het kind zelf of voor de veiligheid van personen of goederen. Het gevaar kan alleen worden afgewend door opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Wanneer de ouders geen opname op vrijwillige basis willen, kan een psychiater een geneeskundige verklaring opstellen waaruit blijkt dat sprake is van een stoornis en gevaar. Een gedwongen opname kan op twee manieren plaatsvinden: opname via een rechterlijke machtiging (RM) of, als sprake is van acuut gevaar, spoedopname via een inbewingstelling (IBS).

of *State Mental Health Program Directors*, 2000). De tijd en energie die worden besteed aan het beheersen van de situatie gaan immers ten koste van de mogelijkheid om daadwerkelijk te behandelen (Verheij & Van Doorn, 2008; Berlin, 1991). Bovendien blijkt uit onderzoek in een klinische psychiatrische instelling voor jeugdigen in de Verenigde Staten dat met het gebruik van inperkende maatregelen jaarlijks hoge kosten in termen van verloren werktijd van medewerkers, schade en letsel zijn gemoeid (LeBel & Goldstein, 2005). Ondanks dat het onduidelijk is of inperkende maatregelen bij kinderen al dan niet gunstige of ongunstige effecten hebben, zijn de indicaties vanuit het onderzoek bij volwassenen en jeugdigen voor de mogelijk negatieve gevolgen en de hoge kosten die met deze maatregelen gepaard gaan, reden om terughoudend te zijn in het toepassen ervan.

Wettelijk kader toepassing inperkende maatregelen

Ook het wettelijk kader voor het toepassen van inperkende maatregelen bij kinderen in de (dag)klinische instellingen is reden om terughoudend te zijn in het gebruik ervan.

Toepassing van dwangmaatregelen, waaronder het gebruik van inperkende maatregelen, is binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie mogelijk op basis van de wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Daarnaast was lange tijd de toepassing van deze maatregelen alleen toegestaan bij jeugdigen vanaf 12 jaar binnen de justitiële jeugdinrichtingen op basis van de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen (BJJ). Voor kinderen en jeugdigen binnen de jeugdzorg was tot voor kort een wettelijk kader voor de toepassing van inperkende maatregelen geheel afwezig. Om gedwongen behandeling van civielrechtelijk geplaatste kinderen en jeugdigen binnen de speciaal daartoe ontworpen instellingen voor gesloten jeugdzorg (Jeugdzorg Plus) mogelijk te maken is per 1 januari 2008 een wijziging binnen de Wet op de jeugdzorg in werking getreden. De kern van de wijziging is dat nu kinderrechters op verzoek een machtiging kunnen verlenen voor gedwongen opname in een gesloten accommodatie. Dit betekent dat aanbieders van jeugdzorg gesloten voorzieningen mogen beheren en daar kinderen en jeugdigen mogen onderwerpen aan dwang- en drangmaatregelen (Boendermaker, 2008). Het ruimtelijk en fysiek inperken zijn vormen van dwang- en drang maatregelen. Voor kinderen en jeugdigen in de jeugdzorg die niet in de gesloten jeugdzorg verblijven, ontbreekt een wettelijk kader voor de toepassing van inperkende maatregelen.

Slechts weinig kinderen onder de 12 jaar zijn met een BOPZ-titel binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie opgenomen. Voor zover geen sprake is van een BOPZ-opname wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie door de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) aan jeugdigen van 12 jaar en ouder een zekere rechtspositie gegeven. Bij kinderen jonger dan 12 jaar worden de rechten namens het kind uitgeoefend door de ouders of voogd. Uit de WGBO vloeit voort

dat over een behandelingsplan met de ouders moet worden overlegd en dat een dergelijk plan de toestemming van de ouders behoeft. In het behandelingsplan kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen, zoals fysieke of ruimtelijke inperking. Hiervoor is de toestemming van de ouders vereist. Het toepassen van beperkingen buiten het behandelingsplan om kan alleen in acute situaties worden gerechtvaardigd. Voorafgaand overleg met de ouders is dan niet mogelijk, maar wel dienen ouders zo spoedig mogelijk na de toepassing van de inperkende maatregelen te worden ingelicht (GGZ Nederland, 2002). Wanneer herhaling van een acute situatie wordt verwacht, is het vervolgens belangrijk over de toepassing van inperkende maatregelen met de ouders afspraken te maken.

Omdat inperkende maatregelen worden gezien als een vorm van dwang zijn de algemene juridische uitgangspunten van doelmatigheid (het toepassen van een geschikt middel), proportionaliteit (een redelijke verhouding tussen middel en doel) en subsidiariteit (het toepassen van de minst ingrijpende maatregel) van toepassing (GGZ Nederland, 2002). Daarnaast brengt de in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ) neergelegde verplichting tot het leveren van verantwoorde zorg met zich mee dat inperkende maatregelen alleen kunnen worden toegepast door hulpverleners die zijn geschoold in de methodische en veiligheidsaspecten van de maatregel. Verder biedt de wet- en regelgeving binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie voor kinderen onder de 12 jaar niet veel houvast. Om deze reden is in 2002 de Richtlijn Fysieke inperking van GGZ Nederland verschenen. Deze richtlijn heeft tot doel hulpverleners in de dagelijkse praktijk concrete handvatten te geven. Hoewel de richtlijn enkele concrete handvatten biedt, zoals het periodiek evalueren van incidenten en afdelingsbeleid en het benoemen van de punten waarop registratie van fysieke inperking dient plaats te vinden, laat zij methodisch gezien veel ruimte voor invulling aan de instellingen zelf.

Rechten van het kind

Naast beschikbare wet- en regelgeving gelden met betrekking tot het verlenen van zorg aan kinderen ook de rechten van het kind, zoals neergelegd in het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) dat in 1989 door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties unaniem is aangenomen (*General Assembly Resolution*, 1990) en dat in 1995 voor Nederland in werking is getreden. Onder het IVRK ligt de aanname dat kinderen in ontwikkeling zijn en dat de ontwikkeling plaatsvindt in een wisselwerking tussen kind en omgeving. De aanname legt verantwoordelijkheden neer bij de (dag)klinische instellingen, die mede de verantwoordelijkheid dragen voor het bieden van ontplooiingskansen binnen een context die recht doet aan de veiligheid en ontwikkeling van het kind. Artikel 6, 19 en 23 van het IVRK representeren de voornaamste rechten met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg. Artikel 19 'Bescherming tegen kindermishandeling' wordt in dit proefschrift samengevat als het recht op

veiligheid, artikel 6 ‘Recht op leven en ontwikkeling van het kind’ en artikel 23 ‘Kinderen met een handicap’ worden samengevat als het recht op ontwikkeling.

De beschreven risico’s die aan de escalatie van agressie en de toepassing van inperkende maatregelen binnen de (dag)klinische instellingen zijn verbonden, bedreigen de mogelijkheid om binnen deze instellingen gehoor te geven aan de genoemde Rechten van het kind. Het veelvuldig toepassen van deze maatregelen is ook om die reden ongewenst.

Artikel 19 Veiligheid; bescherming tegen kindermishandeling: 1. De Staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied om het kind te beschermen tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijk of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, terwijl het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft. 2. Deze maatregelen ter bescherming dienen, indien van toepassing, doeltreffende procedures te omvatten voor de invoering van sociale programma’s om te voorzien in de nodige ondersteuning van het kind en van degenen die de zorg voor het kind hebben, alsmede procedures voor andere vormen van voorkoming van en voor opsporing, melding, verwijzing, onderzoek, behandeling en follow-up van gevallen van kindermishandeling zoals hierboven beschreven, en, indien van toepassing, voor inschakeling van rechterlijke instanties.

Artikel 6 Ontwikkeling; recht op leven en ontwikkeling van het kind: 1. De Staten die partij zijn, erkennen dat ieder kind het inherente recht op leven heeft. 2. De Staten die partij zijn, waarborgen in de ruimst mogelijke mate de mogelijkheden tot overleven en de ontwikkeling van het kind.

Artikel 23 Ontwikkeling; kinderen met een handicap: 1. De Staten die partij zijn, erkennen dat een geestelijk of lichamelijk gehandicapt kind een volwaardig en behoorlijk leven dient te hebben, in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren, zijn zelfstandigheid bevorderen en zijn actieve deelneming aan het gemeenschapsleven vergemakkelijken. 2. De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het gehandicapte kind op bijzondere zorg, en stimuleren en waarborgen dat aan het daarvoor in aanmerking komende kind en degenen die verantwoordelijk zijn voor zijn of haar verzorging, afhankelijk van de beschikbare middelen, de bijstand wordt verleend die is aangevraagd en die passend is gezien de gesteldheid van het kind en de omstandigheden van de ouders of anderen die voor het kind zorgen.³

Bron: General Assembly Resolution (1990). Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK).

1.3 Doelstelling

Op basis van de probleemschets in Paragraaf 1.2 kan worden geconcludeerd dat er onvoldoende bewijs is voor een gunstig effect van de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen. Daarnaast blijkt het gebruik van deze maatregelen kostbaar en wordt aangenomen dat een beheersmatig klimaat een ongewenste uitwerking heeft op de mogelijkheden de kinderen te behandelen. De rechten van het kind komen in het geding, bovendien is het wettelijk kader voor het toepassen van inperkende maatregelen bij kinderen voor de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg reden om terughoudend te zijn met de toepassing ervan.

³ Lid 3 en 4 van artikel 23 betreffen de (financiële) beschikbaarheid van zorg en internationale samenwerking. Voor de inhoud van dit proefschrift zijn deze minder relevant. Daarom zijn ze hier niet opgenomen.

Doel van het in dit proefschrift beschreven onderzoek is daarom een interventie te ontwikkelen om binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar te verminderen. Gestreefd is dit doel te behalen door de ontwikkeling van een interventie voor agressiehantering, die beantwoordt aan de empirische (*evidence based*) en praktijkgestuurde (*practice based*) inzichten over agressiehantering. Uitgangspunten daarbij waren dat het werken met de interventie eenvoudig moest zijn aan te leren en dat de interventie aanvullend zou zijn op de al in de instellingen beschikbare scholing om pedagogisch medewerkers te leren op een verantwoorde manier de agressie van een kind fysiek dan wel ruimtelijk te hanteren. Eveneens diende de interventie aanvullend te zijn op de binnen de instellingen veelal gangbare (cognitief-) gedragstherapeutische interventies en vaardigheidstrainingen, die zijn gericht op het verminderen van agressief gedrag en het vergroten van sociaal adaptief gedrag van de kinderen en die om de beste resultaten te sorteren bij voorkeur gepaard gaan met oudermodules (Behan & Carr, 2000; Kazdin, 1997; Konijn, 2002; Rutter & Taylor, 2002). Tegelijkertijd was de wens dat de nieuw te ontwikkelen interventie zoveel mogelijk aansluitingsmogelijkheden zou bieden bij deze reeds in de instellingen beschikbare interventies om zo binnen instellingen een samenhangend behandelingsbeleid mogelijk te maken.

De achtergrond en ontwikkeling van de interventie zijn in de eerste hoofdstukken van dit proefschrift beschreven. In een onderzoek binnen zes (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg in Nederland is vervolgens nagegaan of de toepassing van inperkende maatregelen, de agressieve gedragsproblemen van de kinderen, de manier waarop pedagogisch medewerkers het agressieve gedrag van de kinderen interpreterden en de ervaren werkbelasting van pedagogisch medewerkers afnamen na invoering van de ontwikkelde interventie. Tevens is onderzocht of pedagogisch medewerkers de interventie nuttig en bruikbaar vonden en of zij het nodig vonden de interventie op punten aan te passen teneinde deze te optimaliseren. Bij gebleken bruikbaarheid en veelbelovende opbrengsten van de interventie kan in de toekomst de zo nodig geoptimaliseerde interventie in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek op effectiviteit worden onderzocht.

1.4 Opzet proefschrift

In **Hoofdstuk 2** van dit proefschrift wordt een overzicht gegeven van de kenmerken van de kinderen, de leefgroep en de pedagogisch medewerkers die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg en die daarmee aangrijpingspunten vormen voor interventie teneinde het aantal inperkingen terug te dringen.

In **Hoofdstuk 3** wordt vervolgens een literatuuroverzicht gegeven van veelbelovende interventies die op de uit Hoofdstuk 2 afgeleide kenmerken ingrijpen en die tot doel hebben het gebruik van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te vermindere(n). Het overzicht leidt tot enkele hypothesen over een veelbelovende aanpak.

In **Hoofdstuk 4** wordt toegelicht hoe op basis van deze hypothesen de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethodiek (IPAM) is ontwikkeld.

Hoofdstuk 5 beschrijft de opzet van het onderzoek waarmee de IPAM binnen een zestal (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg in Nederland is onderzocht.

In **Hoofdstuk 6** worden de eerste onderzoeksresultaten beschreven. De opbrengsten van het monitorsysteem Pro-ACT, één van de twee kernelementen van de IPAM, zijn nagegaan.

In **Hoofdstuk 7** wordt nagegaan of de toepassing van inperkende maatregelen na invoering van de IPAM daadwerkelijk afnam.

In **Hoofdstuk 8** wordt onderzocht of na invoering van de IPAM de agressieve gedragsproblemen van de kinderen afnamen.

In **Hoofdstuk 9** wordt vervolgens nagegaan of verandering optrad in de manier waarop pedagogisch medewerkers het agressieve gedrag van de kinderen in de (dag)klinische instellingen interpreteerden. Tevens wordt onderzocht of de niveaus van burn-outklachten en het ziekteverzuim onder pedagogisch medewerkers na invoering van de IPAM veranderden.

Hoofdstuk 10 bespreekt hoe pedagogisch medewerkers het werken met de IPAM evalueerden. Nagegaan wordt hoe nuttig zij de interventie vonden en of zij het nodig achtten de interventie (op onderdelen) te optimaliseren. Tevens wordt aan de hand van casuïstiek geïllustreerd welke klinische inzichten het werken met de interventie op casusniveau kan opleveren.

In **Hoofdstuk 11** ten slotte worden de onderzoeksresultaten van de diverse hoofdstukken met elkaar verbonden en beschouwd.

Verantwoording

Hoofdstuk 2 t/m 4

HOOFDSTUK 2

Verklaringsmodel voor de toepassing van inperkende maatregelen

2.1 Inleiding

De interventie die in dit proefschrift centraal staat richt zich op vermindering van het aantal agressieve incidenten waarbij inperkende maatregelen worden toegepast in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Om een interventie te ontwikkelen is een duidelijk uitgangspunt waarop de interventie dient in te grijpen onontbeerlijk. In dit hoofdstuk wordt daarom stil gestaan bij de fysieke en ruimtelijke inperkende maatregelen en de factoren die het gebruik van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg verklaren.

In Hoofdstuk 1 is een beschrijving gegeven van wat onder ruimtelijke en fysieke inperking bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar wordt verstaan. Fysieke inperking betreft het onder dwang beperken van de bewegingsvrijheid van het kind door deze lichamelijk vast te houden. Het kan daarbij gaan om het stevig vasthouden van de arm om het kind naar een rustige ruimte te begeleiden, maar ook om het met bijvoorbeeld twee pedagogisch medewerkers in bedwang houden van armen en benen terwijl het kind op de grond ligt. Onder ruimtelijke inperking wordt verstaan het onder dwang afzonderen van het kind in een prikkelarme ruimte. Over chemische (medicamenteuze) inperking gaat het in dit proefschrift niet, omdat deze vorm van inperking in de kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg in Nederland niet aan de orde is. In de verstandelijke gehandicaptenzorg gaat de laatste jaren veel aandacht uit naar het verminderen van het gebruik van met name mechanische inperking of fixatie (de zogenaamde Zweedse band of langdurig vastbinden). In de kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg is gebruik van deze methoden niet aan de orde.

Doelstelling van de in dit proefschrift centraal staande interventie is dan ook het aantal fysieke en ruimtelijke inperkende maatregelen terug te dringen.

In de jeugdzorg wordt bij de ontwikkeling van interventies in toenemende mate gebruik gemaakt van de uit Canada en het strafrechtelijk kader afkomstige ‘*what works*’ benadering (Andrews, 1995). Eén van de leidende beginselen binnen deze benadering is dat, wil een interventie in potentie effectief zijn, de in te zetten interventietechnieken zich dienen te richten op de veranderbare mechanismen die aan het probleem ten grondslag liggen of die deze in stand houden (Kazdin, 1999; 2003; Van Yperen & Veerman, 2008). Vanwege de doelstelling van de interventie die in dit proefschrift centraal staat worden daarom in dit hoofdstuk de factoren uiteengezet die in een klinische situatie het gebruik van inperkende maatregelen verklaren. Voor de uitwerking van dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van het verklaringsmodel van Nijman, à Campo, Ravelli en Merckelbach (1999a) en Nijman (2002) voor agressief gedrag in een klinische psychiatrische instelling voor volwassenen. Het model bespreekt enerzijds de individuele factoren op *patiëntniveau*, zoals psychopathologie en verstoorde cognities, en anderzijds de factoren in de omgeving en communicatie die specifiek zijn voor klinische psychiatrische instellingen en die het *niveau van de afdeling* en het *niveau van de medewerkers* betreffen. Het model beschrijft hoe de verschillende factoren in voortdurende interactie met elkaar het ontstaan en/of de escalatie van agressie veroorzaken en hoe herhaalde agressie van een patiënt het resultaat kan zijn van een vicieuze cirkel. Agressief gedrag wordt bijvoorbeeld vaak gevolgd door een toename in omgevingsstress, waarmee het risico op een agressief incident weer toeneemt en visa versa. Vanwege zijn dynamische karakter biedt het model een prima basis voor meer systematische preventie van agressieve escalaties in klinische instellingen (Nijman e.a., 1999a; Nijman, 2002). Het model maakt namelijk inzichtelijk op welke factoren interventies kunnen worden ingezet om het aantal agressieve incidenten te verminderen. Het verklaringsmodel van Nijman en collega's van agressief gedrag in een klinische instelling voor volwassenen wordt in dit hoofdstuk als raamwerk overgenomen als verklaringsmodel van het toepassen van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinderen. De meeste van de in het hiertoe uitgevoerde literatuuroverzicht betrokken onderzoeken naar verklarende factoren zijn echter correlatief van aard en zeggen daarmee niets over causaliteit. Gesteld wordt daarom dat de in dit hoofdstuk besproken factoren *samenhangen* met het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen, maar dat onbekend is of ze het gebruik van deze maatregelen ook daadwerkelijk verklaren. Het literatuuroverzicht wordt in Paragraaf 2.2 gegeven.

Paragraaf 2.3 geeft een samenvattend overzicht van de factoren die blijken de in Paragraaf 2.2 besproken onderzoeken samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen in een (dag)klinische instelling voor kinder- en jeugd-

psychiatrie en jeugdzorg. In het vierde hoofdstuk wordt op deze factoren teruggegrepen, wanneer wordt bepaald wat aangrijpingspunten zijn voor het ontwikkelen van een interventie met als doel vermindering van het aantal incidenten waarbij inperkende maatregelen bij kinderen worden toegepast.

2.2 Met inperkende maatregelen samenhangende factoren

Deze paragraaf bespreekt de kenmerken op het niveau van het kind, de leefgroep en de pedagogisch medewerkers die volgens wetenschappelijk onderzoek samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. De factoren in het verklaringsmodel van Nijman en collega's (1999a) en Nijman (2002) worden hiermee ingevuld voor de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Binnen de factor kindfactoren wordt daarbij ook aandacht geschonken aan de gezinscontext.

De interventie die in het kader van dit proefschrift is ontwikkeld richt zich op kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar. Voor deze leeftijdsgroep zijn maar weinig publicaties verschenen waarin de kenmerken die samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen worden beschreven. De focus binnen dit tweede hoofdstuk is daarom breder. Het hoofdstuk bespreekt de kenmerken die samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen tot 12 jaar en bij jeugdigen vanaf 12 jaar. Voor het literatuuronderzoek naar deze kenmerken is gebruik gemaakt van een uitvoerig literatuuroverzicht van Day (2000) van 109 artikelen die in de periode 1965 tot en met 2000 in wetenschappelijke tijdschriften zijn gepubliceerd en die de praktijk van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen behandelen. Om ook de informatie te kunnen betrekken van recent gepubliceerde onderzoeken naar de factoren die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen is in *PubMed* en *PsychInfo* gezocht naar empirische onderzoeken op de trefwoorden (*youth OR child*) en (*seclusion OR restraint*) en *aggress** over de periode 2000 tot en met 2010. Er werden 70 publicaties gevonden. Na exclusie van publicaties die geen empirisch onderzoek betroffen, van artikelen over de volwassenleeftijd, over de sector voor verstandelijk beperkten of over factoren die samenhangen met agressief gedrag in plaats van inperkende maatregelen en na exclusie van publicaties die niet in Engelstalige tijdschriften zijn gepubliceerd, bleven 3 relevante artikelen over. Daarnaast werd in de in Hoofdstuk 3 van dit proefschrift besproken artikelen gezocht naar relevante aanvullende publicaties. Twee werden gevonden, namelijk het onderzoek van Gullick, McDermott, Stone en Gibbon (2005) en van Delaney en Fogg (2005). In totaal worden dus 5 onderzoeksartikelen in deze paragraaf besproken. De inzichten die deze publicaties opleveren worden in deze paragraaf gerubriceerd als aanvulling op de bevindingen van Day (2000).

Kenmerken van het kind

Zoals in Hoofdstuk 1 genoemd, concludeerde Day (2000) naar aanleiding van zijn literatuuroverzicht, dat over diverse instellingen en populaties bekeken slechts een kleine groep van de opgenomen kinderen en jeugdigen, namelijk 7 tot 15%, verantwoordelijk is voor 60 tot 70% van de gerapporteerde inperkingen. Day destilleerde enkele kenmerken van de kinderen en jeugdigen die een verhoogd risico lopen om te maken te krijgen met een inperkende maatregel. Over het algemeen worden deze kinderen en jeugdigen gekenmerkt door een jongere leeftijd, het mannelijke geslacht en een langer verblijf binnen (dag) klinische instellingen. Vaak zijn zij afkomstig uit een culturele minderheidsgroep, voldoen zij aan de diagnose ADHD of gedragsstoornis, is bij hen sprake van een beperkte impulscontrole en afwijkende copingvaardigheden, van neurologische problemen en van een lagere, voornamelijk verbale, intelligentie. Vaak lijden deze kinderen en jeugdigen aan ernstige psychische en emotionele stoornissen. Regelmatig is sprake van een geschiedenis van lastig institutioneel gedrag, soms gepaard gaande met wegloupedrag, suïcidale ideatie of pogingen, problemen met autoriteit en ernstige woedeaanvallen.

In 2002 publiceerden Sourander, Ellilä, Välimäki en Piha een studie naar de kindfactoren die samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen. Hun onderzoek vond plaats onder 504 kinderen en jeugdigen (61% jongens) met een gemiddelde leeftijd van 11 jaar voor de jongens en 14 jaar voor de meisjes die verbleven in 64 van de in totaal 69 klinische leefgroepen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Finland. Een ruimtelijke inperking op een daarvoor bestemde afzonderingsruimte vond bij 9% van de kinderen en jeugdigen plaats. Een ruimtelijke inperking op de eigen slaapkamer bij 28% en een fysieke inperking, door de onderzoekers *holding* genoemd, bij 26%. Bij 4% vond mechanische inperking plaats. De aanwezigheid van agressieve gedragingen door het kind of de jeugdige en een relatief lang verblijf (> 90 dagen) binnen de instelling bleken significant geassocieerd te zijn met alle drie de typen inperkende maatregelen. Een jongere leeftijd bleek daarnaast significant samen te hangen met een ruimtelijke inperking in de eigen slaapkamer en met het gebruik van een fysieke inperking. Suïcidale ideatie hing significant samen met een ruimtelijk inperkende maatregel in een daartoe bestemde afzonderingsruimte of op de eigen slaapkamer. Psychotische kenmerken hingen samen met de toepassing van ruimtelijke inperkingen in een aparte afzonderingsruimte en hechtingsstoornissen en autisme met het gebruik van een fysieke inperking.

Een aantal van de bevindingen van Sourander en collega's (2002) kwam overeen met de door Day (2000) beschreven kenmerken van kinderen en jeugdigen die een verhoogd risico lopen om te maken krijgen met een inperkende maatregel. In aanvulling op Day vonden de onderzoekers dat ook de volgende factoren significant samenhangen met de toepassing van een of meerdere vormen van

inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen: de aanwezigheid van agressieve gedragingen door het kind of de jeugdige, suïcidale ideatie, psychotische kenmerken, hechtingsstoornissen en autisme.

In 2005 publiceerden Gullick, McDermott, Stone en Gibbon de resultaten van hun onderzoek waarmee in kaart werd gebracht welke kenmerken samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen. Hun onderzoek vond plaats onder kinderen en jeugdigen die kortdurend (gemiddeld 8,5 dag) op een observatiegroep in een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling in Australië verbleven. Gebruik is gemaakt van 199 door de pedagogisch medewerkers geregistreerde agressieve incidenten waarop een ruimtelijke inperking volgde. De 199 incidenten hadden betrekking op 70 verschillende kinderen en jeugdigen (66% jongens) van de klinische afdeling. Op dezelfde afdeling verbleven ook 78 kinderen en jeugdigen die niet werden afgezonderd tijdens opname. Deze groep werd in het onderzoek meegenomen als controlegroep. De groep afgezonderde kinderen en jeugdigen bleek significant jonger (gemiddeld 11 jaar) dan de kinderen en jeugdigen die niet werden afgezonderd (gemiddeld 13 jaar). Daarnaast vertoonde de groep die werd afgezonderd significant hogere scores op zowel de totale schaal, de internaliserende schaal als de externaliserende schaal van de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991a), zoals ingevuld door de primaire verzorger. Ditzelfde werd gevonden op de *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991b), die door de jeugdigen zelf werd ingevuld. De afgezonderde groep kinderen en jeugdigen scoorde bovendien op de schaal algemeen functioneren van de *Family Assessment Device* (FAD; Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) significant hoger dan de niet-afgezonderde groep, wat wil zeggen dat bij de afgezonderde groep kinderen en jeugdigen sprake was van een problematischer gezinsachtergrond dan bij de kinderen en jeugdigen die niet zijn afgezonderd.

Naast enkele met Day (2000) overeenkomstige bevindingen, vonden de onderzoekers ook enkele aanvullende kindkenmerken die significant samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen: hogere scores op zowel de totale schaal, de internaliserende schaal als de externaliserende schaal van de CBCL en de YSR en een problematischer gezinsachtergrond.

Eveneens in 2005 publiceerden Delaney en Fogg de resultaten van hun onderzoek naar kind- en instellingsfactoren die zijn gerelateerd aan het gebruik van fysieke inperkingen in 4 leefgroepen van een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie voor kinderen en jeugdigen in de Verenigde Staten. Honderd kinderen en jeugdigen (66% jongens) tussen de 7 en 19 jaar met een gemiddelde leeftijd van 14 jaar werden in het onderzoek betrokken. De gemiddelde verblijfsduur op de afdelingen was 12 dagen. 31 van de 100 kinderen en jeugdigen werden niet ingeperkt, 69 werden één of meer keren ingeperkt tijdens hun verblijf binnen de instelling. Gevonden werd dat kinderen

en jeugdigen die werden ingeperkt vaker van het mannelijke geslacht waren, tijdens de onderzoeksperiode meerdere opnames op de afdeling meemaakten, een langere verblijfsduur en eerdere psychiatrische opnames hadden dan kinderen en jeugdigen die niet werden ingeperkt. Tevens was bij hen vaker sprake van psychotische stoornissen, suïcidale gedachten en suïcidepogingen, genoten zij vaker speciaal onderwijs en was vaker sprake van pleegzorg.

In aanvulling op Day (2000) vonden de onderzoekers dat de volgende factoren ook significant samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen: eerdere psychiatrische opnames, meerdere opnames, het volgen van speciaal onderwijs en een geschiedenis van pleegzorg.

In 2007 onderzocht Boxer op basis van de beschikbare dossierinformatie die was vastgelegd naar aanleiding van een interdisciplinaire intakeprocedure 484 kinderen en jeugdigen (53% jongens) in de leeftijd van 10 tot 17 jaar met een gemiddelde leeftijd van 14 jaar binnen een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de Verenigde Staten. De gemiddelde opnameduur binnen de instelling was 97 dagen. De kinderen en jeugdigen die tijdens opname te maken hadden met agressieve incidenten waarbij gebruik werd gemaakt van inperkende maatregelen werden voorspeld met behulp van de intakegegevens aangaande 30 op theoretische en klinische inzichten gebaseerde risicofactoren. De incidenten werden tijdens het verblijf geregistreerd door de medewerkers. Met behulp van diverse factoren kon een onderscheid worden gemaakt tussen kinderen en jeugdigen die wel en die niet te maken kregen met de toepassing van inperkende maatregelen, namelijk: meer agressie voorafgaande aan de opname, een hogere BMI-score, een geschiedenis van huiselijk geweld, slachtofferschap van geweld door leeftijdgenoten, eerdere opnames en eerdere klinische behandeling.

Alle door Boxer (2007) gevonden factoren zijn een aanvulling op de door Day (2000) beschreven kenmerken.

Carlson, Potegal, Margulies, Gutkovich en Basile (2009) voerden een onderzoek uit onder 130 kinderen (79% jongens) in de leeftijd van 4 tot 12 jaar die verbleven in een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de Verenigde Staten. De gemiddelde leeftijd was 10 jaar en de gemiddelde verblijfsduur op de afdeling bedroeg 36 dagen. Van de 130 kinderen was bij 34% tenminste één keer sprake van een agressief incident waarbij een inperkende maatregel werd toegepast. Deze kinderen waren beduidend vaker verwezen vanwege hun woedeaanvallen, volgden vaker speciaal onderwijs en waren vaker al een keer opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Zij waren ook vaker al behandeld vanwege ADHD, hadden vaker een niet gebruikelijke vorm van anti-psychotica gebruikt en er was volgens de verwijzer vaker sprake van een bipolaire stoornis dan bij de kinderen die niet werden ingeperkt. Na vaststelling van de diagnose door de instelling zelf bleek het wel of niet hebben van een bipolaire

stoornis echter niet uit te maken. Wel was bij kinderen die werden ingeperkt vaker sprake van de diagnose ADHD met of zonder ODD of CD, een leer- of taalstoornis en een angststoornis. Er was niet vaker sprake van autisme, psychose of depressie ten opzichte van de kinderen die niet werden ingeperkt, dit in tegenstelling tot de onderzoeksresultaten van Sourander en collega's (2002).

In aanvulling op de door Day (2000) beschreven kenmerken vonden de onderzoekers dat ook de volgende factoren significant samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen: verwezen zijn vanwege woedeaanvallen, het volgen van speciaal onderwijs, eerdere opname binnen de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, eerdere behandeling voor ADHD, inname van een niet gebruikelijke vorm van antipsychotica, aanwezigheid van een leer- en taalstoornis of een angststoornis.

Kenmerken van de leefgroep

Het literatuuroverzicht van Day (2000) toonde enkele leefgroep gebonden factoren die te maken hebben met het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen. Over het algemeen laat onderzoek zien dat inperkende maatregelen vaker worden toegepast in de ochtend of avond, wanneer de activiteitenprogramma's minder gestructureerd zijn, minder pedagogisch medewerkers aanwezig zijn, er meer interactie is tussen de medewerkers onderling en er grotere eisen worden gesteld aan de zelfstandigheid van kinderen of jeugdigen. Over het algemeen vinden op maandagen de meeste inperkingen plaats en op dagen dat het druk is in de leefgroepen, bijvoorbeeld vanwege een opname of afscheid of op vrijdagen in anticipatie op het weekend. Verder werd gevonden dat de incidenten zich vaker voordoen op plaatsen waar de verwachtingen van het gedrag van de kinderen en jeugdigen minder duidelijk zijn, zoals in de gang of op de kamers van de kinderen zelf, dan in ruimtes waar de verwachtingen duidelijk zijn, zoals in therapieruimtes of op school. In lijn hiermee doen de incidenten zich ook vaker voor tijdens ongestructureerde activiteiten, zoals slaapuren en kameruren, dan tijdens gestructureerde activiteiten, zoals school, therapie en groepsactiviteiten. Tegelijkertijd werd gevonden dat het aantal ruimtelijke afzonderingen het hoogst is gedurende periodes met de grootste programma-activiteit, dat wil zeggen wanneer de meest klinisch ervaren medewerkers tegelijkertijd aanwezig zijn die de kinderen uitdagen en confronteren. Ook werd het verband gelegd tussen de frequentie van inperkende maatregelen en momenten waarop een kinder- en jeugdpsychiater, die in staat is om een correcte diagnose te stellen en effectieve behandelingssupervisie te geven, niet beschikbaar is.

Als aanvulling op het overzicht van Day (2000) wordt het eerder in deze paragraaf besproken onderzoek van Delaney en Fogg (2005) aangehaald, waaruit geen enkel afdelingskenmerk significant gerelateerd bleek aan het gebruik van inperkende maatregelen. Ook werd geen verband gevonden met de dag van de week. Wel werd gevonden dat de meeste incidenten (79%) waarbij een inperkende

maatregel werd toegepast zich voordeden tijdens de middag en vroege avond. Ongeveer een derde van de inperkingen deed zich voor binnen de eerste drie dagen van opname. De helft hiervan deed zich voor op de eerste dag van opname.

Kenmerken van de pedagogisch medewerkers

Het is volgens Day (2000) gemeengoed dat kenmerken van pedagogisch medewerkers een belangrijke rol spelen in het gebruik van inperkende maatregelen. Een aantal studies heeft enkele kenmerken vastgesteld. De resultaten van de onderzoeken zijn volgens Day in veel gevallen echter tegenstrijdig. Zo zijn er tegenstrijdige resultaten gevonden wat betreft het geslacht van de bij de inperking betrokken pedagogisch medewerker, hoewel het merendeel van de studies vond dat mannelijke pedagogisch medewerkers significant vaker betrokken zijn bij (fysieke) inperkingen dan vrouwelijke medewerkers. Uit het literatuuroverzicht van Day blijkt voorts dat de mate waarin pedagogisch medewerkers relevante werkervaring hebben samenhangt met het gebruik van inperkende maatregelen. Minder ervaring is geassocieerd met het vaker gebruik van ruimtelijke inperkingen. Daarnaast hangt volgens Day de attitude dat het gebruik van inperkende maatregelen bijdraagt aan controle en orde in de instelling samen met een frequenter gebruik van inperkende maatregelen. Pedagogisch medewerkers die lager zijn geschoold en minder relevante werkervaring hebben staan over het algemeen positiever ten opzichte van het gebruik van inperkende maatregelen. Tot slot blijken de gevoelens die bepaalde kinderen bij medewerkers oproepen samen te hangen met het gebruik van inperkende maatregelen. Dit fenomeen is bekend als tegenoverdracht.

2.3 Aangrijpingspunten voor de interventie

Voor de uitwerking van de verschillende factoren die in samenspel met elkaar de toepassing van inperkende maatregelen verklaren, is in dit hoofdstuk het multi-factoriële verklaringsmodel van Nijman en collega's (1999a) en Nijman (2002) als raamwerk ingevuld met factoren die op basis van wetenschappelijk onderzoek blijken *samen te hangen* met het gebruik van inperkende maatregelen in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Het model maakt inzichtelijk op welke factoren interventies kunnen worden ingezet om het gebruik van inperkende maatregelen te verminderen. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de met het gebruik van inperkende maatregelen samenhangende kenmerken op het niveau van het kind, het niveau van de leefgroep en het niveau van de pedagogisch medewerkers. In de tabel wordt geen onderscheid gemaakt tussen factoren die specifiek samenhangen met één van de verschillende soorten inperkende maatregelen, dat wil zeggen een ruimtelijke of een fysieke inperking. Als verschillende onderzoeken tegenstrijdige resultaten lieten zien, is hiervan in de tabel melding gemaakt.

De in Tabel 2.1 weergegeven resultaten van de in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoeken zijn tot stand gekomen op basis van verschillende onderzoeksmethoden. Zo maakten Sourander en collega's (2002) en Boxer (2007) gebruik van multivariate analyses terwijl de andere onderzoekers diverse univariate analysemethoden toepasten. Bovendien namen de diverse onderzoekers, op basis van elkaar slechts gedeeltelijk overlappende vooronderstellingen, verschillende factoren in hun onderzoeksmodel op die zouden kunnen samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen. Gevolg is dat er veel variatie bestaat in de meegenomen factoren. Deze methodologische keuzes zijn van directe invloed op de onderzoeksresultaten die mogelijk zijn en dus op de conclusies van de verschillende onderzoekers. Ook variëren de leeftijd en opnameduur van de onderzochte populaties over de onderzoeken. De resultaten van dit tweede hoofdstuk kunnen daarom het beste worden beschouwd als een aanzet om een brede inventarisatie te maken van alle factoren die mogelijk in interactie met elkaar samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen in (dag)klinische instellingen. Onderzoek met behulp van deze factoren en met een duidelijke keuze voor een multivariate analysemethode kan nader licht werpen op de vraag of de in Tabel 2.1 weergegeven factoren ook in aanwezigheid van elkaar significant samenhangen met het gebruik van inperkende maatregelen.

Wil een interventie in potentie effectief zijn, dan dient deze zich volgens de in Paragraaf 2.1 beschreven *what works* benadering te richten op de *veranderbare* mechanismen die aan het probleem ten grondslag liggen. Bij interventies die de afname van agressieve incidenten in instellingen beogen zijn probleemoplossende vaardigheden van de kinderen, houdingsaspecten van de pedagogisch medewerkers of de personeelsbezetting voorbeelden van dergelijke veranderbare factoren. De in Tabel 2.1 weergegeven factoren op het niveau van het kind liggen voor het merendeel in de geschiedenis van een kind of jeugdige en zijn daarmee onveranderbare factoren, ook wel statische factoren genoemd. Slechts twee kindfactoren lijken beïnvloedbaar, namelijk de mate van impulscontrole en de copingvaardigheden. De factoren op het niveau van de leefgroep zijn juist voor het merendeel te beïnvloeden. De specifieke dagen en tijdstippen die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen zijn niet zo zeer te veranderen, het is uiteraard wel mogelijk met deze kenmerken rekening te houden. De overige factoren, zoals de mate van gestructureerdheid in de dagprogramma's en locaties, zijn via verandering in beleid te beïnvloeden. Op het niveau van de pedagogisch medewerkers geldt dat de attitudes over het nut van inperkende maatregelen en het risico op tegenoverdracht veranderbare factoren zijn. Door sturing op het beleid van de teamsamenstelling is met de onveranderbare factoren geslacht en relevante werkervaring rekening te houden.

Tabel 2.1 Factoren die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg

Kenmerken van het kind	Kenmerken van de leefgroep	Kenmerken van de pedagogisch medewerkers
- Een jonge leeftijd. - Van het mannelijke geslacht. - Sprake van een lage impulscontrole. - Sprake van atwijkende copingvaardigheden. - Meer agressie voorafgaande aan de opname, verwijzing vanwege woedeaanvallen. - De aanwezigheid van de volgende psychiatrische stoornissen: CD, ADHD, eventueel gepaard gaande met eerdere behandeling. - De aanwezigheid van ernstige psychische en emotionele stoornissen, internaliserende en externaliserende problemen. Over de aanwezigheid van autisme en psychotische kenmerken bestaat echter tegenstrijdigheid in de verschillende onderzoeken. - De aanwezigheid van neurologische problemen. - Het volgen van speciaal onderwijs. - Sprake van een lager intelligentieniveau, met name een lagere verbale intelligentie. - Eerdere opnames en eerdere klinische behandeling. - Sprake van een langerdurend verblijf in de instelling. - Een geschiedenis van lastig institutioneel gedag, (weglopen, suicidale ideatie of pogingen, problemen met autoriteit en/of ernstige woedeaanvallen. - Slachtofferschap van geweld door leeftijdgenoten. - Afkomstig uit een culturele minderheidsgroep. - Een hogere BMI-score. - Het hebben ingenomen van een niet gebruikelijke vorm van antipsychotica. - Een geschiedenis van pleegzorg. - Een problematische gezinsachtergrond.	- Ochtend en avonduren. - Maandagen en vrijdagen, hoewel op dit punt tegenstrijdige onderzoeksresultaten zijn gevonden. - Ongestructureerde momenten in het rooster (bijvoorbeeld slaapuren, kamerturen). - Plekken waar de verwachtingen van het gedrag van de kinderen en adolescenten minder duidelijk zijn (bijvoorbeeld in de gang of de slaapkamers). - Momenten waarop een kleiner aantal pedagogisch medewerkers aanwezig is. - Momenten waarop meer interactie is tussen de medewerkers onderling. - Momenten waarop grotere eisen worden gesteld aan de kinderen en jeugdigen. - Momenten waarop het druk is op de leefgroep, bijvoorbeeld bij nieuwe opnames of een afscheid. - Momenten waarop de meeste therapeuten werken. - Momenten waarop meerdere zeer ervaren pedagogisch medewerkers tegelijkertijd werken die de kinderen en jeugdigen uitdagen en confronteren. - Momenten waarop de kinder- en jeugdpsychiater niet beschikbaar is. - De eerste drie dagen na opname.	- Van het mannelijke geslacht, hoewel op dit punt tegenstrijdige onderzoeksresultaten zijn gevonden. - Minder relevante werkervaring. - Het hebben van de attitude dat inperkende maatregelen bijdragen aan controle en orde in de instelling. Deze attitude is vaker aan de orde bij medewerkers die lager zijn opgeleid of minder relevante werkervaring hebben. - Verhoogd risico op tegenoverdracht.

HOOFDSTUK 3

Interventies voor het terugdringen van inperkende maatregelen

3.1 Inleiding

De interventie die in het kader van dit proefschrift is ontwikkeld beoogt het aantal agressieve incidenten bij kinderen tussen de 4 en 12 jaar waarbij gebruik wordt gemaakt van inperkende maatregelen te verminderen. Eén van de leidende beginselen van de in het voorgaande hoofdstuk beschreven *'what works'* benadering (Andrews, 1995) is dat, wil een interventie in potentie effectief zijn, de in te zetten interventietechnieken zich dienen te richten op de veranderbare mechanismen die aan het probleem ten grondslag liggen. Onderzoek naar de oorzaken van het gebruik van inperkende maatregelen in de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg is echter niet gepubliceerd. Wel zijn in het vorige hoofdstuk de factoren beschreven die volgens onderzoek *samenhangen* met het gebruik van inperkende maatregelen in de (dag) klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg en die daarmee mogelijk aangrijpingspunten zijn voor interventie. De factoren zijn geordend aan de hand van het dynamisch verklaringsmodel van Nijman, à Campo, Ravelli en Merckelbach (1999a) en Nijman (2002). Het voor de kinder- en jeugdige leeftijd uitgewerkte model toont hoe de individuele factoren op *kindniveau* en de omgevingsfactoren op het *niveau van leefgroep* en het *niveau van de pedagogisch medewerkers* in voortdurende interactie met elkaar de toepassing van inperkende maatregelen binnen de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg verklaren. De interventie die in het kader van dit proefschrift is ontwikkeld beoogt de veranderbare factoren te beïnvloeden teneinde het gebruik van inperkende maatregelen te verminderen. Eveneens is een leidend beginsel vanuit de *'what works'* benadering, dat interventies die worden inge-

zet om de veranderbare factoren te beïnvloeden gebaseerd dienen te zijn op in wetenschappelijk onderzoek aangetoonde effectieve interventietechnieken. In dit derde hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van interventies die op één of meer van de veranderbare factoren ingrijpen en zodoende bijdragen aan een vermindering van het gebruik van inperkende maatregelen. Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van de interventietechnieken op het toepassen van inperkende maatregelen in de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg is tot op heden niet gepubliceerd. Wel zijn onderzoeken verricht met een voor- en nameting na implementatie van de te onderzoeken interventie. Van controlegroepen wordt in geen van deze onderzoeken gebruik gemaakt. De onderzoeksresultaten kunnen zodoende niet worden vergeleken met de bevindingen bij groepen die niet aan de betreffende interventies zijn blootgesteld. Toeval in de bevindingen kan daarom niet worden uitgesloten en over de feitelijke effectiviteit van de interventies kan geen uitspraak worden gedaan. Eventuele positieve bevindingen zijn hooguit indicatief voor de effectiviteit van een interventie, die daarom *veelbelovend* wordt genoemd.

Paragraaf 3.2 behandelt de in onderzoek veelbelovend gebleken interventietechnieken om de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen.

Paragraaf 3.3 tenslotte geeft een samenvatting van de gebleken aangrijpingspunten voor het terugdringen van de toepassing van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg.

3.2 Veelbelovende interventies

De interventie die in het kader van dit proefschrift is ontwikkeld richt zich op kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar. Voor deze leeftijdsgroep zijn maar weinig publicaties verschenen waarin veelbelovende interventietechnieken om de toepassing van inperkende maatregelen te verminderen worden beschreven. Dit derde hoofdstuk bespreekt daarom de publicaties die kinderen tot 12 jaar en jeugdigen vanaf 12 jaar betreffen.

In 2006 publiceerde Delaney een literatuuroverzicht van onderzoeken die in de periode 1996 tot en met 2005 zijn verricht naar de opbrengsten van diverse interventietechnieken om de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen in de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie te verminderen. Bij de door haar als organisatorisch gecategoriseerde interventies gaat het om brede veranderingen naar bijvoorbeeld een dwang-vrije filosofie en afdelingscultuur (Goren, Abraham, & Doyle, 1996). Delaney onderscheidde ook medicatie als één van de interventietechnieken, maar concludeerde tegelijkertijd dat slechts weinig bekend is over de effecten hiervan op het terugdringen van inperkende maatregelen. Op het vergroten van vaardigheden

van pedagogisch medewerkers gerichte interventies betreffen trainingen die medewerkers leren hoe op de geëscaleerde agressie van een kind te reageren. Medewerkers wordt bijvoorbeeld geleerd op een neutrale manier op de agressie te reageren en het kind met behulp van de juiste houding en stem te ondersteunen in het weer onder controle krijgen van de emoties (Maier, 1996). Het betreft hier de zogenaamde agressiehanterings- en deëscalatie-technieken. Hoewel juist deze technieken veelvuldig in instellingen worden ingezet, bieden de beschikbare studies volgens Delaney slechts beperkte aanwijzingen om aan te nemen dat het trainen van pedagogisch medewerkers in deze vaardigheden alleen voldoende is om het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen te doen afnemen. Naar aanleiding van haar overzicht refereerde Delaney daarom aan Morrison en Love (2003), die suggereerden dat dergelijke trainingsprogramma's slechts een smalle focus hebben en onvoldoende aandacht schenken aan de redenen waarom een individuele patiënt agressief wordt en aan de mogelijkheden die het interveniëren binnen de context van de therapeutische relatie biedt. Vanwege deze beperkte focus van agressiehanterings- en deëscalatietrainingen heeft het toepassen van multi-methodische benaderingen, die gelijktijdig gebruik maken van meerdere technieken, volgens Delaney de voorkeur. Delaney vermeldde daarom de zes elementen die door de *National Association of State Mental Health Program Directors* (NASMHPD), de vereniging die de instellingen voor geestelijke gezondheid waaronder de instellingen voor kinderen en jeugdigen van alle staten van de Verenigde Staten vertegenwoordigt, als essentieel worden beschouwd voor de afname van inperkende maatregelen (Huckshorn, 2004; 2005) en die in onderzoek onder acht instellingen voor volwassenen hebben geleid tot een significante afname in het gebruik van inperkende maatregelen (Conley, 2004). De strategieën zijn:

1. leiderschap organiseren dat verandering ten doel stelt, een klimaat creëert voor een nieuwe organisatiestructuur, een helder veranderingsplan ontwikkelt en de belangrijke functiegroepen in staat stellen het plan ten uitvoer te brengen;
2. het systematisch verzamelen van gegevens over het gebruik van inperkende maatregelen en deze informatie gebruiken om pedagogisch medewerkers te informeren en om incidenten te evalueren;
3. een therapeutische omgeving creëren, gebaseerd op herstel en het voorkomen van trauma, geïndividualiseerde behandelingsplanning en responsiviteit op de behoeften van de patiënt;
4. het gebruik van beschikbare middelen om fysieke inperkingen te voorkomen, inclusief diagnostische instrumenten, deëscalatieplannen en het gebruik van de fysieke omgeving;
5. het betrekken van patiënten bij de organisatie van het terugdringen van de toepassing van inperkende maatregelen; en

6. het consistent gebruiken van instrumenten voor debriefing om de situaties waarbij gebruik wordt gemaakt van inperkende maatregelen te analyseren en om de negatieve consequenties van deze gebeurtenissen te verlichten.

Diverse onderzoeken steunen de keuze voor een multi-methodische benadering. Zo voerde de staat Massachusetts al voorafgaand aan de ordening van de zes kernelementen een dergelijke multi-methodische benadering in om zodoende het gebruik van inperkende maatregelen binnen de klinische kinderen en jeugdpsychiatrische instellingen in Massachusetts te verminderen (LeBel e.a., 2004). Acht leefgroepen voor kinderen in de leeftijd van 5 tot 12 jaar, 13 leefgroepen voor jeugdigen vanaf 12 jaar en 4 leefgroepen voor kinderen en jeugdigen samen deden aan het initiatief mee. Enerzijds werden op het niveau van de staat als totaal veranderingen doorgevoerd waaronder het stellen van het doel om de toepassing van inperkende maatregelen te verminderen. Elke leefgroep werd daarnaast in staat gesteld op uitvoerend niveau een eigen aanpak te ontwikkelen en te implementeren met als gemeenschappelijk thema een op de competentie van de kinderen en jeugdigen gerichte aanpak. Gedurende 12 maanden voorafgaand aan de implementatie van de initiatieven vonden 84 inperkende maatregelen per 1000 patiëntdagen plaats op de kindergroepen, 72 op de groepen voor jeugdigen en 73 op de gemengde groepen. In de post-implementatiefase was dit op de drie typen leefgroepen respectievelijk 23, 38 en 30 inperkingen per 1000 patiëntdagen. Dat betekende een afname van 73% op de kindergroepen, een afname van 47% op de groepen voor jeugdigen en 59% op de gemengde groepen. Bovendien nam ook het aantal minuten dat een inperkende maatregel gemiddeld duurde af.

In 2005 rapporteerden LeBel en Goldstein over één van de in Massachusetts betrokken psychiatrische klinieken voor jeugdigen in de leeftijd van 13 tot 18 jaar. Niet alleen werd hier na invoering van de nieuwe aanpak een afname gevonden in het aantal toegepaste fysieke inperkingen met 91%, ook werden gunstige resultaten gevonden wat betreft het algemeen functioneren van de jeugdigen bij ontslag uit de instelling en de kans op een terugval, letsel bij de jeugdigen en medewerkers, ziekteverzuim onder medewerkers, en het aantal wisselingen in personeel. Dit alles ging gepaard met een daling van met de toepassing van inperkende maatregelen gemoeid zijnde kosten tussen het fiscale jaar 2000 en het fiscale jaar 2003 van 92%.

Ook Visalli, McNasser, Johnston en Lazzaro (1997), Visalli en McNasser (2000) en Schreiner, Crafton en Sevin (2004) hadden al voorafgaand aan de publicatie van Delaney in 2006 gunstige resultaten gerapporteerd van multi-methodische programma's om het gebruik van inperkende maatregelen bij diverse doelgroepen van jeugdigen en volwassenen te doen afnemen. De programma's hadden als overeenkomst dat zij zowel het stellen van een doelstelling over de afname van het gebruik van inperkende maatregelen op organisatieniveau bevatten,

alsmede vaardigheidstraining voor medewerkers, de inschatting van de aanwezige agressiebeheersingstechnieken van de patiënt en *feedback loops* over het gebruik van inperkende maatregelen.

Een multi-methodische aanpak, zoals neergelegd in de zes strategieën volgens de NASMHPD, lijkt dus veelbelovend. De aanpak is slechts beperkt onderzocht bij jeugdigen. Dit geldt zeker voor kinderen. In deze paragraaf wordt daarom nagegaan of recente publicaties zijn verschenen over de waarde van de multi-methodische aanpak bij deze leeftijdsgroep. Tevens wordt onderzocht of op basis van recent gepubliceerde onderzoeken naar de meerwaarde van specifieke interventies bij kinderen en jeugdigen de zes door de NASMHPD geformuleerde strategieën aanpassing en/of aanvulling behoeven. Het literatuuroverzicht van Delaney betrof publicaties tot en met het jaar 2005. Om ook een overzicht te hebben van de meest recente onderzoeken is aanvullende literatuur gezocht in *PubMed* en *PsychInfo* met de zoektermen (youth OR child) en (seclusion OR restraint) en aggress* over de periode 2006 tot en met 2010. Gepubliceerde onderzoeken voor de kinderleeftijd zijn binnen dit domein zoals gezegd schaars. Bovendien hanteren de meeste onderzoeken een bredere leeftijdsrange, bijvoorbeeld van 4 tot 18 jaar. De zoektocht beperkte zich daarom niet tot onderzoeken die zijn uitgevoerd onder kinderen tot 12 jaar, maar betrof ook onderzoeken die zijn gedaan bij jeugdigen tot 18 jaar. Er werden 26 artikelen gevonden. Na verdere afbakening van empirische studies met voor- en naming en exclusie van onderzoeken in de schoolsituatie of naar het mechanisch of medicamenteus inperken bleven 3 relevante artikelen over. Voor de volledigheid werd met behulp van dezelfde zoektermen ook literatuur gezocht over de periode 1996 tot en met 2005 die Delaney (2006) in haar overzicht betreft. Een relevant onderzoek werd gevonden dat in het literatuuroverzicht van Delaney niet terugkomt, namelijk de publicatie van Nunno, Holden en Leidy (2003). Aanvullend werd in Nederlandse tijdschriften gezocht naar relevante onderzoeken. Een Nederlandstalig artikel werd gevonden, namelijk van Goddard, Van Gink, Van der Stegen, Van Driel en Cohen (2009). In aanvulling op het overzicht van Delaney (2006) zijn dus 5 empirische artikelen gevonden. Daarnaast bleek een recente maar niet empirische publicatie relevant, namelijk de publicatie van Delaney (2009). Hoewel de niet-empirische publicaties van DosReis, Barnett, Love, Riddle en *the Maryland Youth Practice Improvement Committee* (2003) en van Masters en collega's (2002) in het literatuuroverzicht van Delaney (2006) reeds aan de orde kwamen, worden ze vanwege de relevante inzichten die beide publicaties opleveren in het overzicht in dit derde hoofdstuk apart besproken.

De relevante artikelen leveren enkele veelbelovende aangrijpingspunten op voor agressiehantering bij kinderen en jeugdigen, die een aanvulling of specificering zijn van de zes kernelementen van een multi-methodische aanpak volgens de NASMHPD. De aanvullende elementen worden in deze paragraaf kort besproken.

Bij het lezen van de relevante artikelen bleek verder een duidelijk onderscheid aanwezig in interventies die gericht zijn op het vergroten van vaardigheden van pedagogisch medewerkers en interventies die daarnaast ook de agressieregulatievaardigheden van de kinderen en jeugdigen trachten te vergroten. Gezien het feit dat niet alleen kenmerken van de instelling of pedagogisch medewerkers, maar ook kenmerken van de kinderen zelf samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen (zie Hoofdstuk 2), biedt dit onderscheid belangrijke aangrijpingspunten voor agressiehantering op de diverse factoren in het verklaringsmodel van inperkende maatregelen. Daarom maakt deze paragraaf een onderverdeling in interventies die pedagogisch medewerkers vaardigheden bijbrengen in het hanteren van de agressie en interventies die gebruik maken van de mogelijkheden om vanuit de therapeutische context de kinderen en jeugdigen zelf agressieregulatievaardigheden bij te brengen teneinde het gebruik van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen.

Hanterings- en deëscalatietrainingen voor pedagogisch medewerkers

Een van de eerste publicaties over de meerwaarde van een agressiehanterings- en deëscalatieprotocol in het terugdringen van het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen was het onderzoek van Kalogjera, Bedi, Watson en Meyer (1989). Het protocol dat zij onderzochten verdeelt agressieve gedragingen onder in vier ernstniveaus, te weten een fase van verbale agressie, een fase van motorische onrust, een fase van het vernielen van eigendommen en een fase van de fysieke aanval. Per niveau worden algemeen passende gedragsinterventies gegeven die door de pedagogisch medewerkers kunnen worden ingezet. Het protocol brengt daarmee een nieuw element voor het voetlicht als aanvulling op de door de NASMHPD geformuleerde kernelementen. Het protocol maakt ook een onderverdeling in interventies voorafgaand aan een inperkende maatregel, tijdens het uitvoeren van een inperkende maatregel en na afloop van een inperkende maatregel. Bij gebruik van dit protocol op een afdeling voor jeugdigen in een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de Verenigde Staten daalde het aantal incidenten waarbij inperkende maatregelen werd toegepast aanzienlijk. In de 5 maanden durende pre-implementatiefase was het aantal inperkende maatregelen dat werd uitgevoerd 201 (omgerekend gemiddeld 40 keer per maand). In de eveneens 5 maanden durende post-implementatiefase waren dit er 72 (omgerekend gemiddeld 14 keer per maand). Dit betekende een statistisch significante afname van 64%. Het werken met verschillende ernstniveaus van agressie en bijbehorende agressiehantering lijkt daarmee veelbelovend en een waardevolle aanvulling van de kernelementen volgens de NASMHPD.

DosReis, Barnett, Love, Riddle en de *Maryland Youth Practice Improvement Committee* (2003) benadrukten later het belang van een op het individu afgestemd

protocol en ontwikkelden het protocol van Kalogjera en collega's hierop verder. Het individueel agressiehanteringsprotocol van DosReis en collega's geeft zodoende handvatten voor op welke manier bij een individueel kind kan worden vastgesteld hoe in de verschillende ernststadia van agressie verdere escalatie kan worden voorkomen. Het protocol van DosReis en collega's beschrijft hiervoor hoe informatie kan worden verzameld over individuele voorkeuren, triggers en waarschuwingssignalen en hoe bijstelling van het protocol gedurende het verblijf binnen de instelling plaatsvindt. Het protocol is niet in onderzoek geëvalueerd.

Jonikas, Cook, Rosen, Laris en Kim (2004) deden wel onderzoek naar de meerwaarde van het individuele aspect in de agressiehantering. Zij onderzochten een training in agressiehanterings- en deëscalatietechnieken van pedagogisch medewerkers waarbij expliciet aandacht uitgaat naar de bij individuele patiënten behorende uitlokkers van de agressie en door de patiënten genoemde voorkeuren voor hoe de agitatie of agressie het beste kan worden gehanteerd. De informatie over deze punten wordt in een voor iedere patiënt eigen hanteringsplan vastgelegd. Deze interventie pleit daarnaast voor de toepassing van hanteringstechnieken die zo weinig mogelijk inperkend zijn. Onderzoek onder 227 jeugdigen en jongvolwassenen van 12 tot 27 jaar in een klinische psychiatrische instelling in de Verenigde Staten toonde een afname van 98% in het gebruik van fysieke inperkingen na implementatie van de interventie. Aandacht voor de bij individuele patiënten behorende uitlokkers en door de patiënt genoemde voorkeuren voor agressiehantering lijkt daarmee een veelbelovende specificering van het derde en vierde door de NASMPHD geformuleerde kernelement. Het onderzoek van Jonikas en collega's maakt namelijk inzichtelijk hoe het individuele aspect (zie het derde kernelement van de NASMPHD) kan worden gecombineerd met de deëscalatieplannen (zie het vierde kernelement van de NASMPHD) tot individuele hanterings- of deëscalatieplannen teneinde de toepassing van inperkende maatregelen te verminderen.

Nunno, Holden en Leidy (2003) onderzochten de *Therapeutic Crisis Intervention* (TCI). TCI is een gestructureerd trainingsprogramma en gaat evenals het door Kalogjera en collega's (1989) beschreven protocol uit van verschillende niveaus van agressie en agressiehantering daarbij, namelijk preventie, deëscalatie en crisismanagement. TCI leert de pedagogisch medewerkers strategieën om agressieve gedragingen van de kinderen en jeugdigen te interpreteren als een uiting van een bepaalde behoefte. TCI gaat er daarnaast vanuit dat het succesvol oplossen van een crisis afhankelijk is van de mogelijkheden van de volwassenen om op een zorgzame, therapeutische en bij de ontwikkeling van het kind of de jeugdige passende manier op de behoefte te reageren. TCI leert de medewerkers daarom actief te luisteren en diverse gedragsmatige interventies toe te passen die zijn afgestemd op de mogelijkheden en behoefte van het kind of de jeugdige. In dit opzicht sluit TCI aan bij het derde door de NASMPHD

geformuleerde kernaspect, namelijk het creëren van een therapeutische omgeving gebaseerd op responsiviteit en de behoeften van het kind of de jeugdige. TCI expliciteert daarnaast dat alleen wanneer het op een minder ingrijpende manier niet lukt het kind of de jeugdige weer zelfcontrole terug te geven, in het uiterste geval fysieke inperking mag worden toegepast. TCI heeft bovendien oog voor het risico op tegenoverdracht en leert de pedagogisch medewerkers daarom hun niveau van *arousal* te monitoren. Vier klinische groepen (90% jongens) van een middelgrote instelling in de Verenigde Staten participeerden in het onderzoek. De pre-implementatiefase en de post-implementatiefase besloegen beide 6 maanden. Eén van de leefgroepen viel uit omdat het hier niet lukte de interventie te implementeren. Op slechts 1 van de 3 overgebleven leefgroepen was de afname in het aantal fysieke inperkingen statistisch significant. Het betrof de groep die crisisopvang en een diagnostisch programma bood. Deze leefgroep, waar gedurende een jaar 295 kinderen en jeugdigen tussen de 5 en de 18 jaar verbleven, rapporteerde 36 fysieke inperkingen in de pre-implementatiefase (omgerekend gemiddeld 6 inperkingen per maand) en 12 in de post-implementatiefase (omgerekend gemiddeld 2 per maand). Dit betekende een significante afname van 67%. Op de leefgroepen waar jeugdigen die vanwege verwaarlozing, delinquent gedrag of verslaving werden geplaatst en waar gedurende een jaar 46 jeugdigen werden geholpen was het aantal fysieke inperkingen in de pre-implementatiefase gezamenlijk 5 en in de post-implementatiefase 8. De verandering was hier niet significant. De resultaten van het onderzoek door Nunno en collega's zijn dus niet eenduidig. Op de leefgroep waar jaarlijks verreweg de meeste kinderen en jeugdigen verbleven werden echter veelbelovende resultaten gevonden voor een empathische en op de behoefte van de kinderen en jeugdige afgestemde manier van agressiehantering en deëscalatie, die uitgaat van verschillende niveaus in agressiehantering en expliciteert dat inperkende maatregelen alleen mogen worden toegepast wanneer minder inperkende maatregelen niet hebben gewerkt en die oog heeft voor het risico op tegenoverdracht. Welke specifieke techniek of welke combinatie van technieken binnen TCI precies veelbelovend is of zijn, is gezien de opzet van het onderzoek vooralsnog onduidelijk.

Evenals Nunno en collega's (2003) beschouwt Delaney het reactief agressieve gedrag van de kinderen en jeugdigen als een uiting van een bepaalde behoefte of van een bepaald onvermogen. Zij ziet de reactieve agressie als voortkomend uit een beperkt vermogen tot emotieregulatie. In 2009 zette Delaney in een theoretisch model uiteen hoe pedagogisch medewerkers met behulp van vijf strategieën op de leefgroep rekening kunnen houden met en kunnen anticiperen op deze beperkte regulatievaardigheden van de kinderen en jeugdigen door een op het individu afgestemd ondersteunend milieu te creëren. Ten eerste is het belangrijk dat de medewerkers continu alert zijn op subtiele signalen van emoties en dat zij de signalen voor de kinderen en jeugdigen interpreteren en hen

helpen zelf hun emoties te begrijpen en met behulp van deëscalatietechnieken de heftigheid van de emoties te laten afnemen. Ten tweede hebben agressieve kinderen en jeugdigen vanwege hun gerichtheid op negatieve informatie en hun beperkte regulatievaardigheden juist baat bij positieve boodschappen en positieve interacties met anderen. Ten derde is het, vanwege het gebrek aan controle dat kinderen en jeugdigen met beperkte regulatievaardigheden veelal ervaren, belangrijk dat pedagogisch medewerkers het gevoel van controle bij de kinderen en jeugdigen vergroten. Het op respectvolle wijze stellen van grenzen en regels is daarom belangrijk. Ten vierde is het van belang dat pedagogisch medewerkers een omgeving creëren die voor de kinderen en jeugdigen voorspelbaar is. Kinderen en jeugdigen met regulatieproblemen hebben immers moeite met het flexibel inspelen op veranderingen. Dagschema's zijn hiervoor belangrijk, maar ook het van te voren aankondigen van veranderingen. Ten vijfde is het belangrijk dat pedagogisch medewerkers hun verwachtingen overbrengen op een voor het kind of jeugdige begrijpelijke manier. Hoewel het model van Delaney tentatief is, wordt het in dit proefschrift wel beschreven omdat het op concrete wijze inzicht geeft in hoe pedagogisch medewerkers op proactieve, dat wil zeggen preventieve, wijze en rekening houdend met de individuele regulatievaardigheden van een kind of jeugdige de context en verwachtingen ten aanzien van het kind of jeugdige zo kunnen vormgeven dat daarmee het ontstaan van agressieve escalaties kan worden tegengaan. Het rekening houden met de cognitieve vermogens en individuele regulatievaardigheden van de kinderen of jeugdigen betekent een verbijzondering van het derde kernelement van de NASMPHD, waarin het belang van een omgeving die is gebaseerd op responsiviteit en de behoeften van het kind of de jeugdige is neergelegd. Het duidelijk proactieve karakter van de door Delaney voorgestelde aanpassingen in het milieu en de verwachtingen ten aanzien van de kinderen en jeugdigen is echter een belangrijke aanvulling op de door de NASMHPD beschreven kernelementen. Het in het vormgeven van het milieu en de verwachtingen ten aanzien van het kind of de jeugdige op proactieve wijze rekening houden met diens cognitieve vermogens en regulatievaardigheden kan in zijn totaliteit daarom als aanvullend element worden beschouwd.

Een aanpak van heel andere orde is het werken volgens de principes van de *Non-Violent Resistance* (NVR). NVR is een leer of denkwijze die is ontwikkeld vanuit het kader van de sociaal-politieke strijd. Belangrijke uitdragers van deze leer zijn onder andere Ghandi, Martin Luther King en John Lennon. De onderliggende principes zijn de keuze om geweld niet te accepteren, zich te verzetten tegen geweld op een geweldloze manier, het ontwikkelen van een gevoel van eigenwaarde van de 'onderliggende partij' en voorbereiding op vergelding en respect voor de 'andere' partij (Goddard, Van Gink, Van der Stegen, van Driel, & Cohen, 2009). De NVR-principes zijn aangepast voor toepassing binnen de gezinscontext (Omer, 2004; Weinblatt & Omer, 2008), scholen en werkplaatsen

(Omer, Irbauch, & Von Schlippe, 2005; Omer, Shor-Sapir, & Weinblatt, 2006) en onlangs door de Bascule, een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling in Amsterdam, voor de toepassing op een acute psychiatrische leefgroep voor jeugdigen van 12 tot 18 jaar. Op de Bascule gelden de volgende NVR-principes: geweld en agressie op de leefgroep worden niet getolereerd, om geweld te voorkomen ligt de focus op het veranderen van de attitude van het team, zonder altijd direct te reageren op moeilijk gedrag is het mogelijk regels en grenzen te stellen, respectvol omgaan met de jeugdige is een vereiste ook in situaties met veel agressie, en tot slot is de afdeling niet geïsoleerd van de buitenwereld, maar moet juist worden gewerkt op een open en transparante manier, bijvoorbeeld met de ouders (Goddard e.a., 2009). Er zijn enkele specifieke technieken ontwikkeld die bijdragen aan het naleven van de NVR-principes. Zo is er de *Reparation Act*, dat wil zeggen het de jeugdige vrijwillig laten maken van een excuus of het laten repareren van iets dat is stuk gegaan. Daarnaast is er de *Announcement*, een op papier gezette aankondiging waarin de jeugdige wordt ingelicht over de intenties van de leefgroep, bijvoorbeeld over welk gedrag niet langer wordt geaccepteerd. Een derde techniek is *Silent Message Sending* die wordt ingezet na een *Announcement*. Drie teamleden of ouders gaan de kamer van de jeugdige binnen en geven aan dat het gedrag van de jeugdige niet langer kan worden geaccepteerd en dat ze de jeugdige de kans willen geven met een oplossing te komen. De teamleden gaan dan 15 minuten in stilte in de kamer van de jeugdige zitten. In stilte wordt afgedwongen dat het negatieve gedrag wordt weerstaan in plaats van bedwongen. Wanneer de jeugdige een oplossing geeft wordt de *Silent Message Sending* stop gezet. In de 10 maanden voorafgaand aan implementatie van de interventie op de acute psychiatrische leefgroep voor jeugdigen in de Bascule werd 31 keer ruimtelijk ingeperkt (omgerekend 3 keer per maand). In de 10 maanden na implementatie was dit 14 keer (omgerekend 1,4 keer per maand). Dit betekende een afname van 55%. De geweldloze aanpak lijkt daarmee veelbelovend en brengt een nieuw element voor het voetlicht dat aanvullend is op de zes strategieën volgens de NASMHPD.

Interventies die vaardigheden van de kinderen en jeugdigen helpen te vergroten

Het model van Delaney (2009) geeft pedagogisch medewerkers handvatten voor hoe de situatie voor de kinderen en jeugdigen op een proactieve wijze te reguleren op een manier die rekening houdt met hun beperkingen in de emotieregulatie. De *Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint* van de *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) (Masters e.a., 2002) gaat een stap verder. Zij geeft richtlijnen voor crisismanagement, gebaseerd op een literatuurstudie van 353 artikelen over de periode 1993 tot en met 1999. De parameter onderstreept dat het belangrijk is dat kinderen en jeugdigen wanneer en waar mogelijk de verantwoordelijkheid

krijgen voor het verkrijgen van controle over het eigen gedrag, een element dat aanvullend is op de zes strategieën zoals geformuleerd door de NASMHPD. De parameter geeft aan dat elke instelling een eigen deëscalatie-programma dient te hebben dat de kinderen en jeugdigen helpt in het hanteren van agressie. De parameter bespreekt drie niveaus van interventies. De eerste zijn de niet restrictieve strategieën die kunnen worden ingezet om de noodzaak van inperkende maatregelen te voorkomen. De strategieën van dit niveau maken het de kinderen en jeugdigen mogelijk het eigen gedrag te hanteren en vergroten daarmee de mogelijkheid tot zelfcontrole en autonomie van de kinderen en jeugdigen, terwijl tegelijkertijd de veiligheid op de leefgroep wordt bewaakt. Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat de kinderen en jeugdigen vaardigheden oefenen die zij kunnen toepassen in stressvolle situaties. Voorbeelden zijn het leren negeren van de provocaties van leeftijdgenoten en het op eigen initiatief van het kind of de jeugdige gebruik maken van een time-out. Het bieden van geheugensteuntjes die helpen deze strategieën toe te passen is een primaire behandelingsstrategie die in het behandelingsplan van de kinderen en jeugdigen thuishoort. Ten tweede zijn er de restrictieve interventies zoals het afzonderen van een kind en het opleggen van restricties. Ten derde zijn er de meest restrictieve strategieën, die alleen worden aangewend wanneer minder restrictieve methoden hebben gefaald. Op dit niveau gaat het belang van veiligheid voor het belang van autonomie. Het betreft de fysieke of ruimtelijke inperking. Tot slot bespreekt de parameter manieren waarop situaties waarin inperkende maatregelen zijn toegepast kunnen worden verwerkt om input te leveren voor het gebruik van alternatieve strategieën in de toekomst.

Verschillende interventies die trachten de competenties en autonomie van de kinderen te vergroten zijn in staat gebleken een afname te genereren in het gebruik van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen (o.a. Singh, Singh, Davis, Latham, & Ayers, 1999). In een tweetal publicaties is gerapporteerd over de meerwaarde van de *Collaborative Problem Solving* (CPS). CPS is een op de principes van de cognitieve gedragstherapie gebaseerde handelingswijze voor het anticiperen op en het hanteren van agressie. Aanvullend op het door Delaney (2009) beschreven theoretisch model voor agressiehantering en deëscalatie, waarmee de pedagogisch medewerkers leren de context en verwachtingen ten aanzien van de kinderen af te stemmen op hun regulatievaardigheden, wordt in CPS ook getracht de regulatievaardigheden van de kinderen zelf te vergroten. CPS helpt ten eerste de pedagogisch medewerkers om de cognitieve vaardigheden, zoals de vermogens tot emotieregulatie, frustratietolerantie, probleemoplossing en aanpassing van een kind, in kaart te brengen. Daarnaast leert CPS de pedagogisch medewerkers vaardig te worden in het samen met een kind oplossen van problemen, rekening houdend met de cognitieve vermogens van het kind. In het kader van CPS wordt voor ieder kind een individueel plan gemaakt voor hoe met behulp van aandacht voor belangrijke uitlokkers van

agressie en verbeterde communicatiemechanismen en agressiebeheersingsstrategieën agressieve escalaties kunnen worden voorkomen. Greene, Ablon en Martin (2006) onderzochten CPS binnen een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie voor kinderen van 3 tot 14 jaar oud in de Verenigde Staten. De instelling had 13 bedden. Gedurende het in totaal 24 maanden durende onderzoek verbleven 100 kinderen (74% jongens) met een gemiddelde opnameduur van 14 dagen in de instelling. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 9 jaar. Er werd een significante afname gevonden van het aantal fysieke inperkingen van 5 minuten of langer. In de 9 maanden durende pre-implementatiefase vonden 281 van dergelijke incidenten plaats (omgerekend is dit 31 keer per maand) en in de 15 maanden durende post-implementatiefase was dit er in totaal 1. Dat betekende een afname van ruim 99%. Hoewel de onderzoekers hierover geen gegevens rapporteerden, meldden zij wel dat ook het aantal fysieke inperkingen korter dan 5 minuten afnam. In een latere publicatie onderzochten ook Martin, Krieg, Esposito, Stubbe en Cardona (2008) CPS binnen een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie met 15 bedden elders in de Verenigde Staten. De leeftijd van de kinderen lag tussen de 4 en 12 jaar. Een 12 maanden durende pre-implementatiefase vond 1,5 jaar voor de start van de 6 maanden durende implementatiefase van CPS plaats. In deze pre-implementatiefase verbleven 138 kinderen (69% jongens) gemiddeld 35 dagen in de instelling. De gemiddelde leeftijd was 11 jaar. Tijdens een eveneens 12 maanden durende post-implementatie die 1,5 jaar na de start van de 6 maanden durende implementatiefase inging, verbleven 214 kinderen (60% jongens) gemiddeld 22 dagen in de instelling. Hun gemiddelde leeftijd was 11 jaar. Gedurende de pre-implementatiefase vond fysieke inperking gemiddeld 22 keer per maand plaats, omgerekend 56 keer per 1000 patiëntdagen. Gedurende de post-implementatiefase was dit gemiddeld 0,6 keer per maand en omgerekend 2 keer per 1000 patiëntdagen. Dit betekende een afname van 97%. De afname was significant. De ruimtelijke inperkingen in de pre-implementatiefase vonden gemiddeld 36 keer per maand en omgerekend 92 keer per 1000 patiëntdagen plaats. In de post-implementatiefase was dit gemiddeld 11 keer per maand en omgerekend 33 keer per 1000 patiëntdagen. Dit betekende een afname van 69%. Ook deze afname is significant. In totaal vond in de pre-implementatiefase gemiddeld 58 keer per maand een inperkende maatregel plaats, dat wil zeggen 148 keer per 1000 patiëntdagen. In de post-implementatiefase vond gemiddeld 12 keer per maand een inperkende maatregel plaats. Dat wil zeggen 35 keer per 1000 patiëntdagen. Dit betekende een afname van 76% in het aantal inperkingen per 1000 patiëntdagen. De onderzoeken naar de CPS leverden zodoende veelbelovende resultaten op voor een aanpak van agressiehantering die aansluit bij de cognitieve vaardigheden van het kind of de jeugdige en die, in aanvulling op de door de NASMPHD geformuleerde kernelementen, tevens tracht de regulatievaardigheden van het kind of de jeugdige zelf te vergroten teneinde de toepassing van

inperkende maatregelen in de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen.

In 2007 onderzochten Dean, Duke, George en Scott een interventie die is ontwikkeld op basis van de aanbevelingen van de hierboven beschreven *Practice Parameter* van de AACAP (Masters e.a., 2002) voor de preventie en hantering van agressief gedrag in de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en op basis van de principes van het *Positive Parenting Program (Triple P)* (Sanders, 1999). Pedagogisch medewerkers werden allemaal op gelijke wijze getraind in het hanteren, vroegsignaleren en voorkomen van agressie. Daarnaast werden individuele hanteringsplannen ingevoerd waarin algemene behandeldoelen en strategieën voor hoe om te gaan met agressief gedrag van het kind of de jeugdige in overleg met het kind of de jeugdige en diens familie werden opgesteld. Informatie werd opgenomen over belangrijke uitlokkers van agressief gedrag en de geschikte gedragsmatige en cognitief-gedragsmatige technieken die kunnen worden ingezet om agressief gedrag te hanteren. Agressief gedrag wordt volgens de interventie op de minst inperkende manier gehanteerd, dat wil zeggen dat alleen gebruik wordt gemaakt van inperkende maatregelen als de veiligheid van het kind of de jeugdige of de veiligheid van anderen wordt bedreigd. Verder wordt gewenst gedrag zoveel mogelijk bekrachtigd en wordt waar mogelijk met het kind of de jeugdige overlegd over gedragsalternatieven en worden waar mogelijk instructies gegeven met het doel het repertoire van oplossingsvaardigheden van het kind of de jeugdige uit te breiden. Evenals CPS tracht dit programma dus niet alleen aan te sluiten bij de vaardigheden van de kinderen en jeugdigen, maar deze ook te vergroten. Onderzoek naar het programma vond plaats binnen een klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Australië. De instelling had 10 bedden voor kinderen en jeugdigen. Gedurende een pre-implementatiefase van 6 maanden verbleven 65 kinderen en jeugdigen gemiddeld 18 dagen in de instelling (43% jongens). De gemiddelde leeftijd bedroeg 14 jaar. Tijdens een eveneens 6 maanden durende post-implementatiefase verbleven 86 kinderen en jeugdigen (39% jongens) gemiddeld 21 dagen in de instelling. De gemiddelde leeftijd was 13 jaar. Het aantal fysieke inperkingen nam significant af van gemiddeld 23 keer per maand tijdens de pre-implementatiefase naar gemiddeld 4 keer maand tijdens de post-implementatiefase. Dit betekende een afname van 83%. Hoewel net niet significant ($p=0,055$), nam ook het aantal ruimtelijke inperkingen af van 11 keer per maand tijdens de pre-implementatiefase naar 0,3 keer per maand tijdens de post-implementatiefase. Dit betekende een afname van 97%. Dus ook het onderzoek van Dean en collega's (2007) leverde, in elk geval wat betreft de fysieke inperkingen, veelbelovende resultaten op voor een aanpak van agressiehantering die aansluit bij de cognitieve vermogens van de kinderen en jeugdigen en die tevens tracht de agressieregulatievaardigheden van het kind of de jeugdige te vergroten.

3.3 Aangrijpingspunten voor de interventie

Op basis van het literatuuroverzicht van Delaney (2006) kan worden geconcludeerd dat een multi-methodische aanpak de voorkeur heeft om het gebruik van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen. Hoewel ook de losse componenten van deze multi-methodische aanpak volgens de in dit hoofdstuk besproken onderzoeken veelbelovend zijn in het terugdringen van inperkende maatregelen, sluiten deze smalle programma's volgens Delaney onvoldoende aan bij de complexe achtergrond van het gebruik van inperkende maatregelen. Inderdaad lijkt een multi-methodische aanpak recht te doen aan het multi-factoriële verklaringsmodel van Nijman en collega's (1999a) en Nijman (2002), waaruit blijkt dat de diverse factoren gezamenlijk en in interactie met elkaar het gebruik van inperkende maatregelen in instellingen verklaren (zie Hoofdstuk 2).

In de vorige paragraaf werden reeds de zes elementen beschreven die volgens de NASMPHD essentieel zijn binnen een multi-methodische aanpak (Huckshorn, 2004; 2005) en die in onderzoek onder klinische instellingen voor volwassenen in de Verenigde Staten veelbelovend zijn gebleken om de toepassing van inperkende maatregelen te verminderen. De aanpak volgens deze zes elementen zijn voor de kinderleeftijd slechts beperkt onderzocht en blijken te kunnen worden uitgebreid en gespecificeerd met enkele elementen die naar voren kwamen uit het eveneens in de vorige paragraaf beschreven overzicht van veelbelovende interventies die bijdragen aan de vaardigheden van de pedagogisch medewerkers of aan de vaardigheden van de kinderen en jeugdigen zelf teneinde de toepassing van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen. De aanvulling van de zes kernelementen van de NASMPHD resulteert uiteindelijk in twaalf interventietechnieken die veelbelovend zijn in het terugdringen van de toepassing van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Daarnaast is het vierde door de NASMPHD geformuleerde kernaspect naar aanleiding van het literatuuroverzicht in de vorige paragraaf nader gespecificeerd. Dit resulteert in de onderstaande twaalf veelbelovende interventietechnieken, die naar verwachting in samenhang met elkaar de beste resultaten sorteren.

Veelbelovende interventietechnieken

1. leiderschap organiseren dat verandering tot doel stelt, een klimaat creëert voor een nieuwe organisatiestructuur, een helder veranderingsplan ontwikkelt en de belangrijke functiegroepen in staat stellen het plan ten uitvoer te brengen;
2. het systematisch verzamelen van gegevens over het gebruik van inperkende maatregelen en deze informatie gebruiken om pedagogisch medewerkers te informeren en om incidenten te evalueren;
3. een therapeutische omgeving creëren, gebaseerd op herstel en het voorkomen van trauma, geïndividualiseerde behandelingsplanning en responsiviteit op de behoeften van het kind of de jeugdige;
4. het gebruik van beschikbare middelen om inperkingen te voorkomen, inclusief diagnostische instrumenten, individuele hanterings- of deëscalatieplannen waarin opgenomen individuele uitlokkers en hanteringstechnieken, en het gebruik van de fysieke omgeving;
5. het betrekken van patiënten bij de organisatie van het terugdringen van de toepassing van inperkende maatregelen;
6. het consistent gebruiken van instrumenten voor debriefing om de situaties waarbij gebruik wordt gemaakt van inperkende maatregelen te analyseren en om de negatieve consequenties van deze gebeurtenissen te verlichten;
7. het werken met verschillende ernstniveaus van agressie en bijbehorende agressiehantering;
8. een benadering die ervan uitgaat dat inperkende maatregelen alleen worden ingezet wanneer minder inperkende interventies niet hebben gewerkt en de veiligheid in het geding is;
9. een benadering die oog heeft voor het risico op tegenoverdracht;
10. een benadering die agressie op de leefgroep niet tolereert en die met probleemgedrag omgaat op een geweldloze manier en de jeugdige medeverantwoordelijk maakt voor een geweldloze afdeling;
11. het op proactieve wijze, en rekening houdend met de cognitieve vermogens en individuele regulatievaardigheden van het kind of de jeugdige, het milieu en de verwachtingen ten aanzien van het kind of de jeugdige zo vormgeven dat deze niet wordt overvraagd en zich niet bedreigd voelt; en
12. een aanpak van agressiehantering die tracht de regulatievaardigheden en sociale probleemoplossingsvaardigheden van het kind of de jeugdige zelf te vergroten.

HOOFDSTUK 4

Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode

4.1 Inleiding

In Hoofdstuk 1 van dit proefschrift is stilgestaan bij de risico's die de toepassing van inperkende maatregelen binnen de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg met zich meebrengt voor het welzijn van de kinderen en pedagogisch medewerkers en voor de rechten van het kind. De doelstelling van het in dit proefschrift beschreven onderzoek is de kinderen en pedagogisch medewerkers in mindere mate te confronteren met inperkende maatregelen en de daaruit voortkomende risico's. Geprobeerd is dit doel te behalen door een interventie te ontwikkelen op basis van een gecombineerde aanpak van *evidence-based practice* (Bower, 2003; Chaffin & Friedrich, 2004) en *practice-based evidence* (Barkham & Mellor-Clark, 2003). De eerste benadering wil zeggen dat kennis vanuit de empirie over de effectiviteit van een interventie de praktijk stuurt (Van Yperen & Veerman, 2008). Ook het ontwikkelen van een nieuwe interventie op basis van empirische inzichten valt te beschouwen als een stap binnen het totaal aantal te zetten stappen om uiteindelijk tot een effectieve klinische praktijk te komen. In de tweede benadering worden ervaringen vanuit de praktijk gebruikt om informatie over de werkzaamheid van de interventie te verzamelen (Van Yperen & Veerman). Deze informatie kan vervolgens worden toegepast bij het verder aanscherpen en werkelijk uitvoerbaar maken van de interventie. Immers, alleen een effectieve interventie die voor de klinische praktijk uitvoerbaar en aantrekkelijk is zal in de praktijk ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Van Yperen en Veerman spreken van een ontwikkelingsmodel, waarbij de klinische praktijk zich via het leveren van *practice-based evidence* gaandeweg kan ontwikkelen tot *evidence-based practice*.

In dit proefschrift zijn beide aanpakken zoveel mogelijk gecombineerd. Dit gebeurde al bij de ontwikkeling van de interventie. Een van de uitgangspunten van de in Hoofdstuk 2 beschreven ‘*what works*’ benadering (Andrews, 1995) is dat, wil een interventie in potentie effectief zijn, de in te zetten interventietechnieken zich moeten richten op de veranderbare mechanismen die aan het probleem waarop de interventie zich richt ten grondslag liggen. Bij de ontwikkeling van de interventie wordt daarom allereerst teruggegrepen op de in Hoofdstuk 2 beschreven factoren die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen en op de in Hoofdstuk 3 beschreven veelbelovende interventietechnieken om de toepassing van inperkende maatregelen te verminderen. In Paragraaf 4.2 van dit hoofdstuk wordt toegelicht van welke empirische inzichten (*evidence based*) gebruik is gemaakt en hoe deze inzichten hebben geleid tot de visie en doelstelling van de interventie.

In Paragraaf 4.3 wordt vervolgens toegelicht hoe de in Paragraaf 4.2 beschreven empirisch gestuurde inzichten gecombineerd met de inzichten vanuit de klinische praktijk (*practice based*) van de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia werden doorontwikkeld tot een uitvoerbare en aantrekkelijke interventie. Bij deze stap ging ook expliciet aandacht uit naar de vraag hoe de behandelintegriteit (Yeaton & Sechrest, 1981) kon worden bevorderd. Behandelintegriteit wordt getypeerd als de uitvoering van een interventie zoals deze is bedoeld en wordt gerelateerd aan de effectiviteit van een interventie (Landenberger & Lipsey, 2005; Van der Laan, 2004). Alleen in een situatie van voldoende behandelintegriteit kan worden gewaarborgd dat wordt gehandeld volgens de op empirische en praktijkgestuurde gebaseerde inzichten en alleen dan kan bij evaluatie van de interventie ervan uit worden gegaan dat de interventie zelf en niet een afgeleide variant wordt geëvalueerd.

De onderzoeksresultaten naar de vraag in hoeverre de ontwikkelde interventie bijdraagt aan vermindering van de toepassing van inperkende maatregelen, het agressieve gedrag van de kinderen, de manier waarop pedagogisch medewerkers het agressieve gedrag van kinderen interpreteren en de ervaren werkbelasting door pedagogisch medewerkers staan in het tweede deel van dit proefschrift centraal. Belangrijk deelonderzoek betreft daarnaast de vraag hoe de nieuwe interventie vervolmaakt kan worden vanuit feedback van niet bij de ontwikkeling van de interventie betrokken pedagogisch medewerkers. De resultaten van dit deelonderzoek, de zogenaamde suggesties ter optimalisering van de interventie, kunnen in de toekomst als leidraad dienen bij de vervolmaking van de definitieve interventie. Het onderzoek draagt daarmee verder bij aan de ontwikkeling van de interventie op basis van empirische en praktijkgestuurde inzichten. Pas wanneer de effectiviteit van deze definitieve interventie in de toekomst in een gerandomiseerd gecontroleerd effectonderzoek wordt vastgesteld en wanneer vervolgens de effectieve interventie in de klinische praktijk wordt geïmplementeerd, kan feitelijk worden gesproken van *evidence-based practice*.

4.2 Aangrijpingspunten voor de interventie

Aangrijpingspunten

In Hoofdstuk 2 zijn de factoren uiteengezet die het gebruik van inperkende maatregelen verklaren. In een dynamisch verklaringsmodel is weergegeven hoe factoren op *kindniveau* en de contextuele factoren op het *niveau van de leefgroep* en op het *niveau van de pedagogisch medewerkers* in voortdurende interactie met elkaar de toepassing van inperkende maatregelen binnen de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg veroorzaken. Het model vormt een goede basis voor meer systematische preventie van de toepassing van inperkende maatregelen, omdat het inzichtelijk maakt op welke factoren interventies kunnen worden ingezet. De meeste van de in Hoofdstuk 2 gerapporteerde onderzoeken zijn correlatief van aard en zeggen daarmee niets over causaliteit. Gesteld wordt daarom dat de in Tabel 2.1 van het tweede hoofdstuk samengevatte factoren *samenhangen* met het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen en jeugdigen. De hypothese is dat deze factoren het gebruik van inperkende maatregelen ook verklaren.

De in dit proefschrift centraal staande interventie, de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM), beoogt de in Hoofdstuk 2 besproken factoren te beïnvloeden om daarmee het gebruik van inperkende maatregelen in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen. In lijn met de multi-factoriële invalshoek van het in Hoofdstuk 2 geschetste verklaringsmodel, blijkt uit Hoofdstuk 3 een multi-methodische aanpak de beste manier om de toepassing van de inperkende maatregelen terug te dringen. Het derde hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de twaalf interventietechnieken die op basis van het beschikbare onderzoek ‘veelbelovend’ kunnen worden genoemd wat betreft hun impact op de afname van de toepassing van inperkende maatregelen. De beschikbare onderzoeken zijn niet zo georganiseerd dat op dit moment van daadwerkelijke effectieve technieken kan worden gesproken. Bovendien zijn de twaalf technieken slechts gedeeltelijk in samenhang met elkaar onderzocht. Daarom is de hypothese dat de twaalf interventietechnieken als elkaar aanvullende elementen van een veelbelovende aanpak kunnen worden beschouwd.

Het in Hoofdstuk 3 beschreven literatuuronderzoek naar veelbelovende interventies betreft onderzoeken die zijn gepubliceerd in de periode 1996 tot en met 2010. De twaalf veelbelovende interventietechnieken zijn uit de in deze periode gepubliceerde onderzoeken afgeleid. Omdat de IPAM werd ontwikkeld in de periode 2006 tot en met 2007 konden de in Hoofdstuk 3 geschetste inzichten van na 2005 niet bij de ontwikkeling worden meegenomen. Bij de zoektocht naar veelbelovende interventietechnieken die als aangrijpingspunt konden dienen bij de ontwikkeling van de IPAM is daarom gebruik gemaakt van de publicaties tot en met 2005.

Uitgangspunt bij de zoektocht naar aangrijpingspunten was dat de in te zetten technieken aanvullend dienden te zijn op de reeds in de instellingen beschikbare

trainingen die pedagogisch medewerkers leren op een verantwoorde manier de agressie van een kind fysiek dan wel ruimtelijk te hanteren. Ook dienden de in te zetten technieken aanvullend te zijn op de binnen de instellingen gangbare psychotherapeutische interventies en de veelal op de cognitief-gedragstherapeutische principes gestoelde vaardigheidstrainingen die zijn gericht op het verminderen van agressief gedrag en het vergroten van sociaal adaptief gedrag van de kinderen en die, om de beste resultaten te sorteren, bij voorkeur gepaard gaan met oudermodules (Behan & Carr, 2000; Kazdin, 1997; Konijn, 2003; Rutter & Taylor, 2002). Tegelijkertijd was de wens dat de nieuwe interventietechnieken zoveel mogelijk aansluitingsmogelijkheden zouden bieden bij deze in de instellingen beschikbare interventies om zo binnen instellingen een samenhangend behandelingsbeleid mogelijk te maken. Eén en ander betekende dat de nieuw te ontwikkelen interventie niet alleen nieuwe elementen in de klinische praktijk moest brengen, maar bij voorkeur ook zou bijdragen aan het bestendigen of verder uitbreiden van vaardigheden die een kind zich met behulp van één van de al beschikbare interventietechnieken bezig is eigen te maken. Welke interventietechnieken zodoende als aangrijpingspunt dienden voor de ontwikkeling van de interventie wordt in deze paragraaf kort uiteengezet. Voor een uitgebreidere bespreking van de interventietechnieken wordt verwezen naar Hoofdstuk 3.

Toen in 2005 het literatuuronderzoek naar veelbelovende interventietechnieken werd uitgevoerd was de review van Delaney (2006), waaruit een multi-methodische aanpak veelbelovend bleek, nog niet verschenen. Wel hadden de in Hoofdstuk 3 genoemde publicaties van Visalli, McNasser, Johnston en Lazzaro (1997), Visalli en McNasser (2000) en Schreiner, Crafton en Sevin (2004) al gunstige resultaten gerapporteerd van multi-methodische programma's om het gebruik van inperkende maatregelen bij diverse doelgroepen van jeugdigen en volwassenen te doen afnemen. De onderzochte multi-methodische programma's hadden als overeenkomst dat zij zowel het stellen van een doel over de afname van het gebruik van inperkende maatregelen op organisatieniveau bevatten, als ook vaardigheidstraining voor medewerkers, de inschatting van de aanwezige agressieregulatievaardigheden van de individuele patiënt en *feedback loops* over het gebruik van inperkende maatregelen. De vaardigheidstraining voor medewerkers is, zoals eerder toegelicht, niet aanvullend op de nu reeds binnen de instellingen beschikbare interventies. De overige technieken zijn dit wel. Ze worden hieronder kort herhaald.

Kalogjera, Bedi, Watson en Meyer (1989) brachten agressieve gedragingen onder in vier ernstniveaus en bespraken per niveau algemeen passende door de pedagogisch medewerkers uit te voeren gedragsinterventies. Op basis van het beschikbare onderzoek bleek het werken met ernstniveaus van de agressie en bijbehorende agressiehantering veelbelovend voor wat betreft de afname van de toepassing van inperkende maatregelen.

DosReis, Barnett, Love, Riddle en de *Maryland Youth Practice Improvement Committee* (2003) benadrukten later het belang van een op het individu afgestemde agressiehantering en ontwikkelden het protocol van Kalogjera en collega's hierop verder. Het protocol van DosReis en collega's is niet in onderzoek geëvalueerd.

Jonikas, Cook, Rosen, Laris en Kim (2004) onderzochten wel de meerwaarde van het individuele aspect in de agressiehantering. Informatie over individuele uitlokkers en voorkeuren voor agressiehantering wordt in de door hen onderzochte interventie in individuele hanteringsplannen vastgelegd. Uit hun onderzoek bleek deze individuele manier van werken veelbelovend.

De *Therapeutic Crisis Intervention* (TCI) gaat ook uit van het werken met verschillende ernstniveaus van agressie en hantering daarbij. TCI leert de pedagogisch medewerkers responsief te zijn op de behoeften van het kind en leert hen gedragsmatige interventies toe te passen die zijn afgestemd op de mogelijkheden en de behoeften van het kind. Doel van de interventie is de kinderen waar mogelijk de zelfcontrole terug te geven. TCI expliciteert daarnaast dat inperkende maatregelen alleen mogen worden ingezet wanneer minder ingrijpende interventies hebben gefaald. Uit het onderzoek van Nunno, Holden en Leidy (2003) bleek TCI veelbelovend.

Evenals TCI onderstreept ook de *Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint* van de *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Masters e.a., 2002) dat het belangrijk is dat kinderen en jeugdigen wanneer en waar mogelijk de verantwoordelijkheid wordt gegeven voor het verkrijgen van controle over het eigen gedrag. De parameter bespreekt drie niveaus van interventies, waarbij de eerste de niet restrictieve of niet inperkende strategieën zijn. De strategieën binnen het eerste niveau hebben tot doel op proactieve wijze het ontstaan van de noodzaak van inperkende maatregelen te voorkomen door de kinderen en jeugdigen zelf regulatievaardigheden aan te leren en/of hen te ondersteunen bij het reguleren van moeilijke situaties voordat deze escaleren.

Uit onderzoek van LeBel en collega's (2004) bleek een op het vergroten van de competentie van de kinderen en jeugdigen gerichte benadering inderdaad veelbelovend. Hoewel binnen dat onderzoek niet één specifieke interventie, maar verschillende op de competentie gerichte methoden worden onderzocht, bleken diverse van deze benaderingen veelbelovend in het terugdringen van inperkende maatregelen.

Op basis van de geschetste inzichten tot en met 2005 kon, voorafgaand aan de ontwikkeling van de nieuwe interventie, worden geconcludeerd dat negen interventietechnieken zinvolle aangrijpingspunten vormden voor het ontwikkelen van de IPAM. Het merendeel van de interventietechnieken heeft

betrekking op diverse factoren binnen het multi-factoriële verklaringsmodel van de toepassing van inperkende maatregelen in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Het werken met de zogenaamde *feedback loops*, wat onder andere informatie oplevert over risicovolle dagen en tijdstippen, zou bijvoorbeeld kunnen worden geordend onder het niveau van de leefgroep. Echter op het niveau van het individuele kind kan het werken met de *feedback loops* ook relevante informatie opleveren over uitlokkers en de meest geschikte manier van agressiehantering. Bovendien geldt dat alle technieken die de niveaus van de leefgroep of het kind betreffen feitelijk ook kunnen worden geordend onder het niveau van de pedagogisch medewerkers, omdat alle technieken het vaardigheidsniveau of de attitudes van de pedagogisch medewerkers betreffen. De volgende negen veelbelovende technieken naar aanleiding van de publicaties tot en met 2005 vormden het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de IPAM:

1. een multi-methodische aanpak;
2. het op organisatieniveau stellen van een doel over het doen afnemen van het gebruik van inperkende maatregelen;
3. een benadering die ervan uitgaat dat inperkende maatregelen alleen worden ingezet wanneer minder inperkende interventies niet hebben gewerkt;
4. het gebruik maken van *feedback loops* over het gebruik van inperkende maatregelen, wat wil zeggen het systematisch gegevens verzamelen over de toepassing van inperkende maatregelen en deze informatie gebruiken om medewerkers te informeren en om incidenten te evalueren;
5. het werken met verschillende ernstniveaus van agressie en bijbehorende agressiehantering;
6. het maken van een inschatting van de aanwezige agressieregulatievaardigheden van het individuele kind;
7. het op de individuele kinderen afgestemde wijze hanteren van de agressie, vastgelegd in individuele hanteringsplannen waarin de individuele uitlokkers en voorkeuren voor hanteringstechnieken zijn opgenomen;
8. het responsief zijn op de behoeften van het kind of de jeugdige, waarbij geprobeerd wordt waar mogelijk het kind of de jeugdige de zelfcontrole terug te geven; en
9. het op proactieve wijze vergroten en ondersteunen van de regulatievaardigheden van de kinderen en jeugdigen zelf opdat escalatie van de agressie en de noodzaak van de toepassing van inperkende maatregelen kunnen worden voorkomen.

Visie en doelstelling

Bij de ontwikkeling van de IPAM golden de genoemde negen veelbelovende interventietechnieken als uitgangspunt. De veelbelovende technieken, het in Hoofdstuk 2 geschetste multi-factoriële verklaringsmodel en de in

Hoofdstuk 1 geschetste rechten van het kind leidden tot de volgende visie over de manier waarop de interventie moest worden vormgegeven teneinde de toepassing van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen:

- een afdeling waarin de kindproblematiek ook agressie omvat, brengt risico's met zich mee voor kind en omgeving. Het is belangrijk deze risico's te voorzien en te hanteren;
- zowel het ontstaan als het hanteren van agressie wordt bepaald door interactie tussen individuele en contextuele factoren;
- in het leven van alledag zijn er factoren die aangrijpingspunten zijn om agressie te voorkomen (*proactief hanteren*). Waar mogelijk geniet interventie gericht op deze factoren de voorkeur boven agressieregulatie en -beheersing;
- mildere agressie biedt aangrijpingspunten om agressieregulatievaardigheden van het kind uit te breiden (*zelfregulatie*); en
- als een kind niet tot het leren van agressieregulatievaardigheden in staat is of de agressie een ongewenst negatieve invloed heeft op het functioneren van de leefgroep, vraagt de agressie om aanpassing van de situatie (beheersing), waarbij de aangepaste situatie mogelijk vertrekpunt is voor leren.

Uit de visie volgt logisch de doelstelling van de interventie, namelijk dat deze handvatten moet geven voor hoe agressie bij een individueel kind voorkomen of vroegtijdig gesignaleerd en gehanteerd, en – indien escalerend – verantwoord beheerst kan worden om daarmee de toepassing van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen.

4.3 Kernelementen van de interventie

Ontwikkeling van de kernelementen

Bij de ontwikkeling van de IPAM in de periode 2006 tot en met 2007 golden de in Paragraaf 4.2 genoemde negen veelbelovende interventietechnieken, visie en doelstelling als uitgangspunt. Streven was de verschillende technieken zoveel mogelijk te integreren tot een eenvoudig in te trainen beperkt aantal met elkaar samenhangende kernelementen, omdat dit de implementeerbaarheid en uitvoerbaarheid van de interventie ten goede zou komen en daarmee de kans op een goede behandelintegriteit zou verhogen. Besloten werd tot de ontwikkeling van twee kernelementen.

Eenzijds werd besloten tot een systeem voor monitoring van de agressieve incidenten, die door het genereren van periodieke *feedback loops* informatie kan verschaffen over het proces van agressieve escalaties waarbij wordt overgegaan tot inperkende maatregelen. Deze informatie kan mogelijk aanknopingspunten opleveren voor de op de individuele kinderen afgestemde proactieve

agressiehantering om zo het gebruik van inperkende maatregelen te voorkomen. Binnen de literatuur over agressie bij een volwassen psychiatrische populatie wordt bovendien gespeculeerd dat het systematisch monitoren van incidenten bijdraagt aan inzicht in provocaties van agressief gedrag, wat op zichzelf zou kunnen bijdragen aan een vermindering in het aantal inperkende maatregelen (Nijman, Bjørkly, Palmstierna, & Almvik, 2006; Nilsson, Palmstierna, & Wistedt, 1988).

Anderzijds werd besloten tot het werken met individuele agressiehanteringsplannen om de op de individuele kinderen afgestemde agressiehantering vast te leggen in de verschillende ernstniveaus van de agressie. Deze plannen leveren enerzijds inzichten op in de op het kind afgestemde beheersing van de reeds geëscaleerde agressie. Ook leveren de plannen inzichten op in de proactieve hantering wanneer agressie zich nog niet voordoet en in de regulering bij oplopende agressie om daarmee de noodzaak tot inperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen.

Binnen beide kernelementen worden de in Paragraaf 4.2 beschreven negen veelbelovende interventietechnieken geïntegreerd. Van een multi-methodische aanpak is zodoende sprake. Bovendien zijn de twee kernelementen onlosmakelijk met elkaar verbonden en wordt in de IPAM ook aan een randvoorwaardelijk kader aandacht geschonken.

In het kader van dit proefschrift is ervoor gekozen om de IPAM te ontwikkelen op basis van een combinatie van *evidence* en *practice based* inzichten. De gecombineerde aanpak betekent dat zowel naar aanleiding van de in Paragraaf 4.2 beschreven veelbelovende interventietechnieken (*evidence based*) als naar aanleiding van de ervaringen in de klinische praktijk de interventie werd ontwikkeld. Om de *practice based* input te genereren heeft na afronding van het literatuuronderzoek in de periode 2006 tot en met 2007 binnen de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia een focusgroep actief gewerkt aan de feitelijke ontwikkeling. De focusgroep bestond uit een kinder- en jeugdpsychiater, een orthopedagoog/werkbegeleider die tevens trainer is in het fysiek en ruimtelijk hanteren van de agressie, een GZ-psycholoog/ouderbegeleider, een orthopedagoog/leidinggevende van de leefgroepen en vier pedagogisch medewerkers. De focusgroep werd voorgezeten door de promovendus. De focusgroep is gedurende de genoemde periode 12 keer bij elkaar geweest. Binnen de focusgroep golden de in Paragraaf 4.2 beschreven empirische aangrijpingspunten, visie en doelstelling als uitgangspunten. Deze uitgangspunten werden binnen de focusgroep aangevuld en geïntegreerd met ervaringen vanuit de klinische praktijk en uitgewerkt tot een in de praktijk uitvoerbare en aantrekkelijke interventie, waarbij ook werd samengewerkt met een grafisch vormgever. De leden van de focusgroep probeerden vervolgens de interventie binnen hun eigen leefgroepen uit en koppelden de bevindingen binnen de focusgroep terug. De bevindingen werden meegenomen bij het verder ontwikkelen van de IPAM.

Bij de IPAM behoort ook een training aan pedagogisch medewerkers en hun leidinggevende en/of behandelaar om met de interventie te leren werken. Ook bij de ontwikkeling van deze training is gebruik gemaakt van de ervaringen in de praktijk. De basisversie van de training is gegeven aan alle pedagogisch medewerkers en leidinggevend en/of behandelaars van de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia. Na een feedbackronde werd de training vervolmaakt.

De uiteindelijke versie van de IPAM werd tenslotte ter goedkeuring voorgelegd aan een expertpanel, bestaande uit een viertal hoogleraren op het gebied van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg en/of agressiehantering binnen klinische psychiatrische instellingen. Hun feedback werd meegenomen bij het vervolmaken van de interventie.

In deze paragraaf wordt per kernelement van de IPAM en voor het randvoorwaardelijk kader geschetst wat de kenmerken zijn en hoe deze tot stand zijn gekomen. In Hoofdstuk 10 van dit proefschrift wordt een voorbeeld gegeven van wat het werken met de IPAM voor een kind concreet kan opleveren.

Kernelement: Monitorsysteem met feedback loops (Pro-ACT)

Het vierde aangrijpingspunt, het werken met systematische *feedback loops*, werd beschouwd als een belangrijk uitgangspunt voor de ontwikkeling van de IPAM. Gezocht werd naar een voor de (dag)klinische instellingen voor kinderen beschikbare monitorsysteem voor agressieve incidenten die belangwekkende informatie zou kunnen genereren voor het klinisch werk op de leefgroep. Methoden om agressief gedrag van psychiatrische patiënten binnen een klinische setting in kaart te brengen kunnen volgens Bech (1994) worden ingedeeld in zelfbeoordelvragenlijsten en observatieschalen. Zelfbeoordelvragenlijsten zijn vooral bedoeld om bepaalde kenmerken van de persoon zelf in kaart te brengen, zoals de neiging om boos te reageren. Voor het monitoren van agressieve incidenten in klinische omgevingen ligt het volgens Nijman, Bjørkly, Palmstierna en Almvik (2006) meer voor de hand om gebruik te maken van een observatieschaal die de kenmerken van het incident in kaart brengt. Een dergelijk instrument werd voor de kinderleeftijd niet gevonden. Daarom werd nagegaan of er een geschikt instrument beschikbaar was voor jeugdigen of volwassenen die na omzetting als monitorsysteem voor de kinderleeftijd zou kunnen fungeren. Twee van de door Nijman, Bjørkly, Palmstierna en Almvik (2006) besproken instrumenten beschikken over een dergelijke diagnostische functie. Dat wil zeggen dat zij niet alleen in kaart brengen dat een agressief incident heeft plaatsgevonden en welk type agressief gedrag dit betrof, maar dat eveneens in kaart wordt gebracht wat aanleidingen en overige kenmerken van het incident waren. Beide instrumenten leken daarmee van meerwaarde voor het klinisch relevante diagnostische doel van het monitorsysteem.

De *Staff Observation Aggression Scale* (SOAS; Palmstierna & Wistedt, 1987) brengt verbale en fysieke agressie jegens objecten, patiënten en medewerkers in kaart. De SOAS bestaat hiertoe uit vijf kolommen die elk een aspect van het agressieve incident beschrijven, namelijk de provocatie van de agressie, de mid-delen zoals gebruikt tijdens de agressie (het agressieve gedrag), het doelwit van de agressie (tegen wie of wat is de agressie gericht), de consequenties van de agressie voor het slachtoffer en de interventies die genomen zijn om de agres-sie te stoppen. Vanaf 1999 is de herziene versie van de SOAS, de *Staff Observation Aggression Scale revised* (SOAS-R; Nijman e.a., 1999b) in gebruik. Een internatio-nale overzichtsstudie (Nijman, Palmstierna, Almvik, & Stolker, 2005) toonde dat de SOAS-R over een goede betrouwbaarheid en validiteit beschikt. Voor een uit-gebreide bespreking van de betrouwbaarheid wordt verwezen naar Hoofdstuk 6 van dit proefschrift, alwaar de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van het in het kader van de in dit proefschrift ontwikkelde monitorsysteem centraal staat.

De SOAS-R leek vanwege de gunstige psychometrische eigenschappen en de uitgebreide diagnostische informatie die monitoring met het instrument kan opleveren een belangrijk instrument om als aangrijpingspunt voor de ontwik-keling van het monitorsysteem te dienen. Veelbelovende bijkomstigheid was dat het systematisch monitoren van agressie met de SOAS-R op zichzelf moge-lijk bijdraagt aan de afname van agressieve incidenten (Nijman, Merkelbach, Allertz, & à Campo, 1997a). Vooral van de eerste kolom van de SOAS-R, waarin wordt gevraagd naar de provocatie van de agressie, wordt verondersteld dat het de sensitiviteit van de medewerkers voor het onderkennen van risicosituaties bij individuele patiënten vergroot (zie voor een kritische discussie Nilsson, Palm-stierna, & Wistedt, 1988; De Niet, Lendemeijer, & Hutschemaekers, 2005). In eerder onderzoek van Nijman, Allertz, Merkelbach, á Campo en Ravelli (1997b) bleek inderdaad dat in ruim 43% van de agressieve incidenten verpleegkundi-gen in de algemene volwassenen psychiatrie de aanleiding voor de agressie niet begrijpen. Het monitoren van de incidenten met behulp van een instrument dat de provocaties nauwkeurig in kaart brengt kan hierom helpend zijn.

De *Report Form for Aggressive Episodes* (REFA; Bjørkly, 1996) is bij uitstek een geschikt instrument om situaties te detecteren die agressief gedrag bij individu-ale patiënten uitlokken. De REFA beslaat 30 situaties die agressie kunnen uitlok-ken. Deze situaties zijn onder te verdelen in zeven categorieën van provocaties: fysiek contact, grenzen stellen, problemen in de communicatie, veranderingen/ aanpassingen, personen, risicovolle situaties en drugs/stimulanten. De REFA vraagt ook naar de vorm van het agressieve gedrag tijdens het incident: ver-bale dreigingen, fysieke dreigingen en vier types van fysieke aanval. Uit klini-sche ervaring van verpleegkundigen blijken de diagnostische profielen die met behulp van de REFA worden verkregen zinvol bij te dragen aan de implementa-tie van preventieve interventies met betrekking tot agressie (Nijman, Bjørkly, Palmstierna, & Almvik, 2006). De agressieve incidenten worden met behulp

van de REFA bij volwassenen met een goede betrouwbaarheid in kaart gebracht (Björkly, 1998; 2000). Voor een nadere uitwerking van de betrouwbaarheid van de REFA wordt verwezen naar Hoofdstuk 6.

Vanwege de gedetailleerde manier waarop de REFA de provocaties van agressief gedrag bij patiënten in kaart brengt, leek de kolom van de REFA waarmee deze provocaties worden nagevraagd een waardevolle toevoeging aan de SOAS-R die als basis diende voor de ontwikkeling van het monitorsysteem als kernelement van de IPAM. Besloten werd daarom de SOAS-R en de eerste kolom van de REFA samen te voegen tot een samengesteld monitorinstrument.

Voor (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg waren de items van de SOAS-R en de REFA niet zonder meer toe te passen. Er is daarom gekozen de samengevoegde SOAS-R en REFA te bewerken tot een versie die aansluit bij de kinderleeftijd (4 tot en met 12 jarigen). Er werden items verwijderd, aangevuld of geherformuleerd. Dit gebeurde in samenwerking met de genoemde focusgroep van de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia en in samenspraak met de oorspronkelijke auteurs van de SOAS-R en de REFA. Vervolgens probeerden de leden van de focusgroep het aan de kinderleeftijd aangepaste instrument op de leefgroepen uit. Hun bevindingen werden meegenomen bij het vervolmaken van het instrument. Zodoende is een speciaal voor de (dag)klinische instellingen voor kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg nieuw monitorinstrument tot stand gekomen, te weten de *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool* (Pro-ACT; Valenkamp, Verheij, Nijman, Palmstierna, & Björkly, 2009). De Pro-ACT is opgebouwd volgens het format van de SOAS-R. Dat betekent dat de voorkant van de Pro-ACT uit vijf kolommen bestaat waarin achtereenvolgens wordt gevraagd naar de provocatie van de agressie, de gebruikte agressieve middelen, het doelwit van de agressie, de consequenties van de agressie voor het slachtoffer en de door de pedagogisch medewerkers toegepaste maatregelen. De Pro-ACT vraagt ook naar de datum en het tijdstip van het incident. Op de achterzijde van het instrument wordt daarnaast gevraagd naar de locatie waar de agressie begon. Tot slot wordt gevraagd welke waarschuwingssignalen zijn waargenomen voorafgaande aan de agressie, of er voldoende collega's in de buurt waren om de situatie te hanteren en of een nagesprek met het kind heeft plaatsgevonden. Elke keer als een agressief incident zich heeft voorgedaan wordt de Pro-ACT ingevuld door een pedagogisch medewerker die het incident heeft waargenomen. Per incident wordt één formulier ingevuld. Een incident stopt wanneer het kind weer tot taakstelling is gekomen en/of een gedragsinstructie volgt en zich hieraan weet te houden. De gedragsinstructie hoeft niet noodzakelijk de oorspronkelijke instructie te zijn die eventueel aan de agressie vooraf ging. Tenminste wordt hier bedoeld de instructie die de pedagogisch medewerker geeft in het kader van deëscalatie. Invullen van een Pro-ACT formulier kost slechts enkele minuten.

Door het systematisch monitoren van agressieve incidenten met de Pro-ACT kan op individueel kindniveau inzicht worden verkregen in bepaalde patronen waarvan met betrekking tot de agressie sprake is: hoe vaak komt agressief gedrag bij dit kind voor, welke aanleidingen zijn er voor het kind om agressief te worden, op welke tijdstippen en locaties ontstaat de agressie veelal, wat is de aard van het agressieve gedrag, welke maatregelen/interventies worden gehanteerd om de agressie te stoppen en welke waarschuwingssignalen zijn waargenomen voordat de agressie zich voordoet. Deze monitorgegevens kunnen, naast de waardevolle klinische indruk van medewerkers, aanknopingspunten opleveren over hoe het agressieve gedrag van een individueel kind kan worden voorkomen of al in een vroeg stadium kan worden gesignaleerd en gehanteerd. Om deze reden is vast onderdeel van de IPAM dat voor elk kind per behandelingsplanbespreking de monitorgegevens worden teruggekoppeld (*feedback loops*). Als uit de gegevens blijkt dat agressie zich regelmatig voordoet, kan worden besproken of het raadzaam is om voor dit kind op basis van de klinische inzichten en de monitorgegevens een Individueel Agressiehanteringsplan (IAP) op te stellen (zie het tweede kernelement). Is een dergelijk plan al aanwezig dan kan met behulp van de monitorgegevens periodiek worden nagegaan of aanpassingen in het beleid rondom de agressie van het kind nodig zijn.

Ook de manier waarop in deze zogenaamde *feedback loops* de monitorgegevens aan de teams werd teruggekoppeld werd in de focusgroep ontwikkeld en in de praktijk uitgetoetst, zodat een werkwijze ontstond die uitvoerbaar en inzichtgevend was.

Als bijlage is de in het kader van dit proefschrift ontwikkelde en onderzochte Pro-ACT opgenomen (Bijlage 1).

Kernelement: Individueel Agressiehanteringsplan (IAP)

Besloten werd het vijfde tot en met negende inzicht van de in Paragraaf 4.2 beschreven aangrijpingspunten te integreren in het tweede kernelement van de interventie, namelijk een Individueel Agressiehanteringsplan (IAP) dat werkt met verschillende ernstniveaus van agressie.

Een veel gehanteerd model om ernstniveaus in de agressie te onderscheiden is het fasemodel van Kidd en Stark (1995). Zij onderscheiden de volgende fasen: normaal *baseline* gedrag, triggerfase, escalatiefase, crisisfase, herstelfase en post-crisisfase. In de normale *baseline* fase is van agressief gedrag (nog) geen sprake. Binnen de volwassen psychiatrie zijn veelbelovende ervaringen opgedaan met het werken met agressieniveaus en individuele signaleringsplannen voor psychotische patiënten (Van der Werf, Goedhart, & Huiberts, 1998) waarbij ook plaats is ingeruimd voor de fase van normaal *baseline* gedrag om al binnen die fase proactief de ontwikkeling van escalerend gedrag en de noodzaak tot inperkende maatregelen te kunnen voorkomen. In navolging van het fasemodel van Kidd en Stark en de gunstige resultaten bij Van der Werf en collega's is

besloten in de IPAM eveneens met opeenvolgende ernstniveaus vanaf normaal *baseline* gedrag te werken.

Binnen de focusgroep bleek het werken met vier fasen in de klinische praktijk handzaam en is de naamgeving van de ernstniveaus in de IPAM enigszins vereenvoudigd tot de volgende hoofdfasen: ontspannen (fase 0), waarschuwingssignalen (fase 1), milde agressie (fase 2) en escalerende agressie (fase 3). In welke agressiefase een kind zich bevindt hangt af van het concrete gedrag van het kind en de mate waarin dreiging van het gedrag uitgaat en de veiligheid in het geding is voor het kind zelf, anderen en/of objecten. Naast de vier hoofdfasen zijn er de herstelfase en de post-crisisfase. De herstelfase is volgens Kidd en Stark een kwetsbare fase. Tijdens deze fase keert het kind beetje bij beetje terug naar het normale ontspannen gedrag. In feite blijft het kind in deze fase zeer sensitief voor uitlokken of provocaties van agressie. Tijdens de post-crisisfase is veelal sprake van mentale en fysieke uitputting. De crisis is over en het kind is ontvankelijk voor interventies die helpen om schuldgevoel op te heffen, het incident te begrijpen en terugval te voorkomen. In de IPAM wordt aan de herstel- en post-crisisfasen aandacht besteed door stil te staan bij de manier waarop na afloop van een agressief incident bij een individueel kind het beste kan worden gehandeld en hoe en wanneer nagesprekken met het kind kunnen worden gevoerd.

Voor het vormgeven van een bruikbaar agressieplan werd gekeken naar het in Paragraaf 4.2 beschreven protocol van Kalogjera en collega's (1989) en de signaleringsplannen van Van der Werf en collega's (1998). Beide gaan uit van verschillende ernstniveaus van de agressie en beschrijven in de linkerkolom per ernstniveau het gedrag van de patiënt en in de rechterkolom de in te zetten interventies. De plannen van Van der Werf en collega's hebben als kenmerk dat deze voor elke patiënt individueel worden opgemaakt. Deze individuele aanpak, die ook als één van de veelbelovende aangrijpingspunten in Paragraaf 4.2 naar voren kwam, werd gevolgd bij de ontwikkeling van het IAP. Doel was voor elk kind in een eigen IAP in opeenvolgende ernstniveaus van agressie het gedrag van het kind te kunnen beschrijven en vast te kunnen leggen welke interventies nodig zijn om het ontstaan van agressie of de escalatie ervan te voorkomen.

Alle interventies die worden gepleegd tijdens het verblijf in een (dag)klinische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg moeten in principe bijdragen aan de ontwikkeling van het kind. Ook op de momenten dat de agressie escaleert (Durrant, 1993). Voor kinderen met agressieve gedragsproblemen is het leren van zelfregulatie een belangrijke ontwikkelingstaak. Simes en Trotter (1990) beschreven al in hun klinische programma voor jeugdigen met ernstig externaliserend gedrag dat het zelfs in extreme situaties belangrijk is dat de jeugdige een gevoel van zelfcontrole kan ervaren. Dit lijkt onmogelijk, maar is het niet. Uit een opmerking als "Ik wacht totdat jij weer rustig bent" spreekt de verwachting, het vertrouwen, dat de jeugdige weer enige mate van zelfcontrole kan terugkrijgen. Dit in tegenstelling tot een opmerking als "Als je zo doorgaat, zal

ik je stoppen" (Simes & Trotter). Ook binnen de IPAM geldt als uitgangspunt dat waar mogelijk geprobeerd wordt het kind een gevoel van zelfcontrole te geven. Bij acuut gevaar zal het echter nodig zijn de controle over te nemen. Ook in deze situaties kan aan het gevoel van zelfcontrole zoveel mogelijk worden bijgedragen. Bijvoorbeeld door bij de keuze van interventies zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van het kind of door, nadat de rust weer is teruggekeerd, het kind een compliment te geven dat het zo knap is dat hij weer rustig is en in een gesprek na te gaan hoe dit hem gelukt is (Durrant). Bij de keuze voor de interventies in de verschillende ernstniveaus van de agressie is het een uitgangspunt binnen de IPAM de zelfcontrole van het kind zoveel mogelijk na te streven. Dit kan op een directe manier door een kind aan te spreken op zijn agressieregulatievaardigheden: het kind aan te sporen deze te gebruiken (appeleren aan) of deze samen met het kind te oefenen (ondersteunen). Ook kan het op een indirecte manier, zoals in de hierboven aan Durrant en Simes en Trotter ontleende voorbeelden.

Om te kunnen kiezen voor de meest geschikte interventies is het nodig aan te sluiten bij de mogelijkheden die een kind per ernstniveau heeft om van zijn agressieregulatievaardigheden gebruik te maken. Het aansluiten bij de regulatievaardigheden kan betekenen dat het kind met ondersteuning in staat wordt gesteld tot een zekere mate van zelfregulatie (bijvoorbeeld door te verwijzen naar een boosheidsthermometer met concrete gedragsaanduidingen). Ook kan worden geoefend met regulatievaardigheden die het kind mogelijk in één van de reeds in de instelling voorhanden zijnde interventies (een training bijvoorbeeld) krijgt aangeleerd. In het IAP kan worden vastgelegd op welke manier bij de agressieregulatievaardigheden van het kind kan worden aangesloten om zo het kind tot een zekere mate van zelfcontrole in staat te stellen en de escalatie van de agressie en daarmee de noodzaak van inperkende maatregelen te voorkomen. Is het niet de verwachting dat de regulatievaardigheden van het kind zelf kunnen worden aangesproken, dan dient te worden bedacht hoe de pedagogisch medewerkers voor het kind de situatie kunnen reguleren. Maar ook dan op een manier die zoveel mogelijk recht doet aan het gevoel van zelfcontrole van het kind. Zie hiervoor de bovenstaande voorbeelden van Simes en Trotter (1990) en Durant (1993).

Wanneer zich mogelijkheden voordoen om aan te sluiten bij de regulatievaardigheden van het kind, dan verdient dit de voorkeur boven het reguleren van de contextuele factoren voor het kind. Bij de ontwikkeling van de IPAM is verondersteld dat de pedagogisch medewerkers al over voldoende technieken beschikken om aan het vergroten van de regulatievaardigheden van de kinderen bij te kunnen dragen. In de uitwerking van de IPAM en de scholing daarbij is aan het bijbrengen van deze technieken bij de medewerkers daarom slechts in beperkte mate aandacht besteed.

De mate waarin bij een kind kan worden aangesloten bij zijn regulatievaardigheden hangt af van zijn ontwikkelings- en ervaringsniveau. Uit de literatuur

over agressiefasen (Breakwell, 1995) is het daarnaast bekend dat er in de mildere niveaus van de agressie nog mogelijkheden zijn om aan de agressieregulatievaardigheden van de patiënt te appelleren. In de hogere agressiefasen is dit niet meer mogelijk. Per ernstniveau van de agressie moet daarom voor een kind worden ingeschat in hoeverre het kan profiteren van het uitdagen of aanleren van agressieregulatievaardigheden of in hoeverre juist behoefte bestaat om de situatie voor het kind te reguleren. Per ernstniveau kan zodoende worden herleid wat het doel moet zijn van de interventies: het aanspreken van de regulatievaardigheden van het kind, de vaardigheden met het kind oefenen, of de situatie voor het kind reguleren. De combinatie van het gestelde doel en de voorkeuren van het kind per ernstniveau, leiden vervolgens tot de keuze van bepaalde interventies. Zowel het doel van de interventies als de concrete interventies zelf worden per ernstniveau in het IAP vastgelegd.

Ook het type agressie waarvan bij een kind met name sprake is, helpt bij het inzichtelijk maken van het soort interventie dat bij een kind aansluit. In de literatuur over kinderlijke agressie bestaat het onderscheid tussen reactieve en proactieve agressie (Dodge, 1991; Dodge & Coie, 1987; Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997; Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006; Polman, Orobio de Castro, Koops, Van Boxtel, & Merk, 2007) (zie ook Hoofdstuk 1). Vanwege de verschillen in oorsprong van de twee agressievormen verschilt volgens onderzoekers ook de behandelingsbehoefte en is het zinvol om bij de keuze voor bepaalde interventievormen rekening te houden met de mate waarin bij een kind van de twee agressievormen sprake is (Dodge, 1991; Vitiello & Stoff, 1997). Hoewel geen systematisch onderzoek is gedaan naar de relatieve bijdrage van interventies op de verschillende agressietypen, zijn wel hypothesen geformuleerd. Op het niveau van de pedagogische interventies zijn de volgende hypothesen van belang (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998; Vitiello & Stoff, 1997). Kinderen met voornamelijk reactieve agressie zouden gebaat zijn bij ondersteuning in het reguleren van situaties en emoties. Deze kinderen missen immers overzicht en vinden het moeilijk hun emoties onder controle te houden. Kinderen met voornamelijk proactieve agressie zijn vooral gericht op het behalen van bepaalde resultaten voor zichzelf in plaats van dat zij schade willen berokkenen aan het slachtoffer. Hierom zouden deze kinderen gevoelig zijn voor bekrachtigers vanuit de omgeving en zouden zij om die reden hun gedrag aanpassen. In de IPAM wordt bij het onderscheid tussen reactieve en proactieve agressie en de bijbehorende interventiemogelijkheden stil gestaan. Daarnaast wordt bij het opstellen van een nieuw IAP voor een kind een korte schriftelijke vragenlijst, namelijk de *Parent-rating scale for Reactive and Proactive Aggression* (PRPA, Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006), door één van de pedagogisch medewerkers ingevuld. Na verwerking van de scores doet de vragenlijst een uitspraak over de mate waarin bij dat kind sprake is van reactieve en/of proactieve agressie en dus over het type interventie waarvan het kind het meeste zal kunnen

profiteren. Bij de keuze voor bepaalde interventies in het IAP kan met deze inzichten rekening worden gehouden.

Voor het opstellen van het IAP is ook de informatie die uit de tot het eerste kernelement behorende systematische *feedback loops* naar voren komt inzichtgevend. De *feedback loops* geven namelijk informatie over hoe met behulp van waarschuwingssignalen al in een vroeg stadium kan worden gesignaleerd dat een individueel kind mogelijk agressief gedrag gaat vertonen. Ook geven de *feedback loops* informatie over contextuele aspecten die bij een individueel kind aan het ontstaan van de agressie vooraf gaan. Het lijkt zinvol om proactief deze contextuele aspecten of de vaardigheden van het kind om met die aspecten om te gaan zodanig aan te passen dat agressief gedrag of escalatie kan worden voorkomen. Al deze informatie kan in het IAP van een kind worden neergelegd.

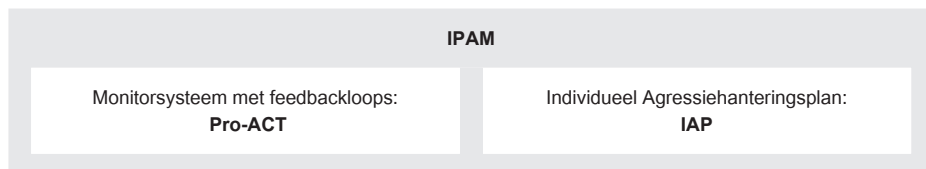
De theoretische inzichten over ernstniveaus van de agressie, agressiehanteringsplannen en de verschillende doelen die er zijn bij het kiezen voor bepaalde interventies werden binnen de focusgroep van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia uitgewerkt tot een uitvoerbaar en aantrekkelijk IAP. Na ontwikkeling van een basisversie probeerden de leden van de focusgroep deze uit voor enkele van de binnen de instelling verblijvende kinderen. De ervaringen die zij opdeden werden gebruikt bij het verder vereenvoudigen en verhelderen van de plannen. Vervolgens werd aan binnen de kliniek werkzame pedagogisch medewerkers, die niet aan de focusgroep verbonden waren, gevraagd om voor enkele kinderen een IAP op te stellen. De feedback die zij naar aanleiding van deze exercitie gaven werd meegenomen bij de vervolmaking van het IAP.

Een ingevuld IAP biedt de pedagogisch medewerkers handvatten voor hoe zij de agressie van een kind kunnen hanteren. Het IAP is te complex om met de kinderen in de leeftijd 4 tot en met 12 jaar zelf te bespreken of te gebruiken. Vanuit de focusgroep kwam de suggestie naar voren om aansluiting te zoeken tussen de IAP en de boosheidsthermometers of zogenaamde stoplichten die binnen de meeste instellingen worden gebruikt in het werken met de kinderen. Deze kunnen worden gebruikt als kinderversie van het IAP. Besloten werd het gebruik van de *boosheidsthermometers* of *stoplichten* in de interventie op te nemen als suggestie voor kinderen die hiertoe in staat zijn. Deze instrumenten kunnen dienen als visuele ondersteuning voor een kind om in situaties waarin van agressie nog geen sprake is het ontstaan van agressie te helpen voorkomen of om in situaties dat het kind mild agressief is, het kind te ondersteunen. Ook kunnen de instrumenten worden gebruikt tijdens een nagesprek met een kind waarin op het agressieve incident wordt teruggekeken en waarin, zover dat mogelijk is, wordt stilgestaan bij hoe escalatie een volgende keer kan worden voorkomen. De boosheidsthermometer of het stoplicht zijn facultatief in te zetten hulpmiddelen en geen vast onderdeel van de IPAM.

Als bijlage is de in het kader van dit proefschrift ontwikkelde IAP opgenomen (Bijlage 2).

Een samenhangend systeem

De IPAM bestaat uit twee componenten: (1) het Monitorsysteem Pro-ACT met *feedback loops* en (2) het Individuele Agressiehanteringsplan (IAP). Beide elementen samen vormen de interventie IPAM. De elementen komen als totaal interventiepakket, maar ook afzonderlijk in dit proefschrift aan de orde. Wanneer één van de afzonderlijke kernelementen wordt besproken, is dit duidelijk aangegeven. Wordt de samengestelde interventie bedoeld, dan wordt gesproken van de IPAM.



Randvoorwaardelijk kader

Bij de ontwikkeling van de IPAM is ervan uitgegaan dat het tweede inzicht van de in Paragraaf 4.2 beschreven veelbelovende interventietechnieken een randvoorwaardelijk uitgangspunt is. Dat wil zeggen dat wanneer een instelling met de IPAM besluit te werken zij zichzelf expliciet ten doel moet stellen de toepassing van inperkende maatregelen te gaan verminderen. In de IPAM is het expliciet maken en uitdragen van deze doelstelling door de instelling daarom beschreven als belangrijke voorwaarde voor implementatie.

Ook binnen de training die aan het implementeren van de IPAM op teamniveau voorafgaat, wordt aan de visie dat afname van het aantal inperkende maatregelen noodzakelijk is expliciet aandacht besteed. Het verdient de voorkeur dat de leidinggevend en/of behandelaars met de pedagogisch medewerkers en andere bij de leefgroep betrokken medewerkers direct in navolging op de training bij dit thema uitgebreid stilstaan en dat de visie breed in de organisatie wordt gedragen alvorens tot implementatie van de IPAM in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk wordt overgegaan. Dit maakt de kans op slagen van de implementatie aanzienlijk groter.

Periodieke teamgesprekken over agressiehantering en het voorkomen van de toepassing van inperkende maatregelen maken vast onderdeel uit van de IPAM. Binnen deze gesprekken worden op basis van periodieke *feedback loops* niet alleen op individueel kindniveau maar ook op teamniveau monitorgegevens teruggekoppeld over met name de alertheid op aan de agressie voorafgaande waarschuwingssignalen, veel voorkomende provocaties en toegepaste pedagogische of inperkende maatregelen. Geprobeerd wordt een verband te leggen tussen de gegevens en de binnen het team geldende principes van agressiehantering. Doel van deze overleggen is dat het agressiehanteringsbeleid binnen het team periodiek wordt geëvalueerd en waar nodig wordt bijgesteld en dat de visie nog weer met elkaar wordt gedeeld. Meningsverschillen binnen het team

worden al doende duidelijk en kunnen onderwerp worden van teambegeleiding of individuele werkbegeleiding.

Eveneens wordt in de periodieke teamgesprekken duidelijk of pedagogisch medewerkers werken met de IPAM zoals bedoeld, de zogenaamde behandelintegriteit. Blijkt bijvoorbeeld de Pro-ACT of het IAP niet of nauwelijks te worden ingevuld of opgesteld, dan duidt dit op een slechte behandelintegriteit. Deze waarneming geeft de leidinggevende en/of behandelaar de gelegenheid om het team of de individuele medewerkers te coachen in het hanteren van de IPAM zoals deze in de handleiding en training is toegelicht. Voorwaarde is dat de leidinggevende en/of behandelaar hierop alert is en het zelf belangrijk vindt zich aan de interventie zoals bedoeld te houden.

In de in het kader van dit proefschrift beschreven onderzoek naar de IPAM is per team een basis instructiebijeenkomst van een dagdeel (3,5 uur) gegeven door de ontwikkelaars van de interventie (de promovendus en een orthopedagoog verbonden aan de focusgroep). Naast de pedagogisch medewerkers waren hierbij ook de leidinggevende en/of behandelaar aanwezig. Ook de twee teamgesprekken die in de daarop volgende periode in het kader van implementatie plaatsvonden werden gevoerd in aanwezigheid van de ontwikkelaars. De ontwikkelaars lichtten de monitorgegevens die werden teruggekoppeld toe en probeerden samen met de teamleden een verband te leggen tussen de gegevens en de agressiehantering. Tevens werden vragen beantwoord over de toepassing van (elementen van) de interventie en werd de implementatie waar nodig bijgestuurd. De leidinggevende of behandelaar van het team zat deze overleggen voor. Dit omdat na afronding van de implementatieperiode de ontwikkelaars niet meer bij de besprekingen aanwezig waren en de leidinggevers en/of behandelaars binnen de organisatie de primaire aanspreekpunten waren voor het werken met de IPAM en zij de teams hierin ook dienden aan te sturen. Om deze reden was bij voorkeur ook de werkbegeleider bij de basis instructiebijeenkomst en de teamoverleggen aanwezig. Belangrijke randvoorwaarde bij de IPAM is dus dat niet alleen de pedagogisch medewerkers in de interventie worden getraind, maar het totale multidisciplinaire behandelteam.

Als een instelling met de IPAM gaat werken is het tot slot belangrijk dat een systeem wordt aangelegd waarmee de ingevulde Pro-ACT formulieren worden verzameld en centraal worden omgezet in de monitorgegevens op kind- of teamniveau. Gedurende de in dit proefschrift beschreven onderzoek werden de monitorgegevens geanonimiseerd gegenereerd door de promovendus. Dit zal bij uiteindelijke uitrol van de IPAM niet langer het geval zijn. De instelling dient hiervoor, met behulp van een bij de IPAM behorend verwerkingsformat, zelf zorg te dragen. Dit format zal na vervolmaking van de IPAM op basis van de resultaten van dit proefschrift, digitaal worden ontwikkeld.

Evaluatie

Hoofdstuk 5 t/m 10

HOOFDSTUK 5

Opzet van het onderzoek

5.1 Inleiding

Doel van dit proefschrift is te komen tot een uitvoerbare en werkzame interventie om het gebruik van inperkende maatregelen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar in de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen. Hiertoe is in het kader van dit proefschrift de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM) voor de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg ontwikkeld. In Hoofdstuk 4 is de IPAM beschreven en onderbouwd. De IPAM is tot stand gekomen naar aanleiding van in de literatuur beschreven veelbelovende interventietechnieken (*evidence*) om het gebruik van inperkende maatregelen in de (dag)klinische instellingen te verminderen. De veronderstelling is dat de veelbelovende interventies aangevuld met inzichten vanuit de praktijk (*practice*) geïntegreerd in de IPAM zullen bijdragen aan de afname van het gebruik van inperkende maatregelen binnen de leefgroepen. Tevens is de veronderstelling dat de interventie veranderingen teweegbrengt in de agressieve gedragsproblemen van de kinderen en de burn-outklachten en het ziekteverzuim onder pedagogisch medewerkers. Ook is de verwachting dat de manier waarop pedagogisch medewerkers het agressieve gedrag van de kinderen interpreteren verandert door het werken met de IPAM.

In de nu volgende hoofdstukken van dit proefschrift worden de opbrengsten van de IPAM nagegaan met behulp van een ongecontroleerde klinische *trial* met een voormetingsfase en een nametingsfase. In de tussenliggende periode vindt implementatie van de IPAM plaats. De onderzoeksbevindingen geven een indicatie voor de aan- of afwezigheid van effectiviteit van de interventie. Van eventuele effecten kan niet worden gesproken, omdat bij afwezigheid van een gerandomiseerde controlegroep geen uitspraak kan worden gedaan over de vraag of de opbrengsten daadwerkelijk aan de IPAM of aan een andere factor te relateren zijn.

Dit vijfde hoofdstuk bespreekt de opzet van het onderzoek. Allereerst worden de onderzoeksvragen toegelicht. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksprocedure, dat wil zeggen de planning van het onderzoek, en van de onderzoekspopulaties. Tot slot worden de onderzoeksinstrumenten en de statistische analyses besproken.

5.2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die binnen dit proefschrift worden beantwoord hebben betrekking op de binnen de leefgroepen verblijvende kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar en de binnen de leefgroepen werkzame pedagogisch medewerkers. Ook zijn er onderzoeksvragen over de interventie zelf geformuleerd.

Onderzoeksvragen ten aanzien van de kinderen

Nagegaan wordt of de IPAM inderdaad bijdraagt aan de afname van inperkende maatregelen. Bekeken wordt of na invoering van de IPAM het gemiddeld aantal incidenten met een inperking dat een kind per week meemaakt afneemt.

Tevens wordt nagegaan of de agressieve gedragsproblemen van de kinderen afnemen na invoering van de IPAM.

Onderzoeksvragen ten aanzien van de pedagogisch medewerkers

Omdat een relatie wordt gelegd tussen agressief gedrag bij patiënten en burn-outklachten, arbeidsuitval en een relatief groot verloop onder het personeel (De Bode, 2003; Knotter, Stams, Jansen, & Moonen, 2008; Ten Wolde & Koorenhof, 2006), wordt onderzocht of na invoering van de IPAM de burn-outklachten en het ziekteverzuim onder het personeel veranderen.

Daarnaast wordt nagegaan of na invoering van de IPAM de manier waarop de pedagogisch medewerkers het agressieve gedrag van de kinderen interpreteren verandert. Mogelijk gaan zij na invoering van de interventie agressief gedrag positiever waarderen, bijvoorbeeld als gedrag dat nieuwe mogelijkheden biedt in de behandeling of begeleiding van een kind.

Onderzoeksvragen ten aanzien van de interventie

Het buiten beschouwing laten van de accuraatheid waarmee een interventie in de praktijk wordt uitgevoerd zoals bedoeld (*behandelintegriteit*; Yeaton & Sechrest, 1981), bedreigt de interne en externe validiteit van effect-onderzoek (Gresham, Gansle, & Noell, 1993). Bij onbekendheid over deze accuraatheid immers, kan de eventuele aan- of afwezigheid van effecten niet vanzelfsprekend worden toegeschreven aan de interventie. De onvoldoende of verkeerde manier waarop de interventie wordt uitgevoerd kan ook aan de onderzoeksresultaten ten grondslag liggen. In dit onderzoek wordt daarom nagegaan of

de accuraatheid van de implementatie, als afgeleide van de behandelintegriteit, van invloed is op de opbrengsten van de IPAM.

Het onderzoek is tevens bedoeld om inzicht te krijgen in de mate waarin pedagogisch medewerkers de IPAM nuttig en bruikbaar vinden. Daarbij wordt nagegaan of pedagogisch medewerkers suggesties hebben ter optimalisering van de interventie.

Een van de kernelementen van de IPAM is het Monitorsysteem waarmee agressief gedrag van de kinderen wordt geregistreerd. Omdat de interventie gebruik maakt van een meetinstrument als Monitorsysteem, namelijk de Pro-ACT (Valenkamp, Verheij, Nijman, Palmstierna & Bjørkly, 2009), wordt in dit onderzoek de mate van overeenstemming nagegaan wanneer twee pedagogisch medewerkers onafhankelijk van elkaar voor hetzelfde incident een Pro-ACT formulier invullen: de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid. De IPAM beoogt immers gebruik te maken van een betrouwbaar Monitorsysteem. Eveneens zijn met behulp van de Pro-ACT de kenmerken van agressieve incidenten in (dag) klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg in kaart gebracht, dat wil zeggen de provocaties van de incidenten, maar bijvoorbeeld ook de aard van de agressieve gedragingen en de toegepaste maatregelen.

Onderzoeksvragen ten aanzien van de kinderen

1. Verschilt het gemiddeld aantal incidenten met een inperkende maatregel dat de kinderen per week meemaken voor en na invoering van de IPAM?
2. Verschilt het niveau van de agressieve gedragsproblemen van de kinderen voor en na invoering van de IPAM?

Onderzoeksvragen ten aanzien van de pedagogisch medewerkers

3. Verschilt het niveau van burn-outklachten en het aantal ziekmeldingen van pedagogisch medewerkers voor en na invoering van de IPAM?
4. Verschillen de attitudes van de pedagogisch medewerkers over het agressieve gedrag van de kinderen voor en na invoering van de IPAM?

Onderzoeksvragen ten aanzien van de interventie

5. Is de accuraatheid van implementatie van de IPAM binnen de leefgroep van invloed op de opbrengsten van de interventie?
6. Hoe beoordelen pedagogisch medewerkers het nut en de opbrengsten van de IPAM en hebben zij suggesties ter optimalisering van de interventie?
7. Wat is de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van het Monitorsysteem van de IPAM, de Pro-ACT, wanneer twee pedagogisch medewerkers voor hetzelfde incident onafhankelijk van elkaar een formulier invullen?
8. Wat zijn belangrijke kenmerken van agressieve incidenten, zoals gemeten met de Pro-ACT, in (dag) klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg?

5.3 Onderzoeksprocedure

Het onderzoek is uitgevoerd binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en (dag)klinische instellingen voor jeugdzorg waar kinderen in

de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar verblijven. Het onderzoek vond plaats gedurende de periode 1 oktober 2007 tot en met 8 juni 2008 en viel uiteen in 3 fasen die elk 2 maanden (8 weken) duurden. De verschillende instellingen zijn in twee rondes op verschillende momenten gestart met de uitvoering van het onderzoek. Ronde 1 liep van 1 oktober 2007 tot en met 31 maart 2008 en ronde 2 liep van 10 december 2007 tot en met 8 juni 2008. Elk van de instellingen doorliep dezelfde fasen, dat wil zeggen de pre-implementatiefase, de implementatiefase en de post-implementatiefase. In Figuur 5.1 is de fasering van het onderzoek visueel weergegeven.

Figuur 5.1 Visuele weergave fasering onderzoek

Maand 1	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6
Pre-implementatiefase		Implementatiefase		Post-implementatiefase	
Dataverzameling		Implementatie IPAM met kernelementen: - Monitorsysteem (Pro-ACT) - Individueel Agressiehante-ringsplan (IAP)		Werken met de IPAM + Dataverzameling	

Pre-implementatiefase (maand 1 en 2)

Deze fase vond voorafgaand aan implementatie van de IPAM plaats en vormt daarmee de basismeting. Wekelijks is voor ieder kind afzonderlijk het niveau van de agressieve gedragsproblemen en de frequentie van toepassing van inperkende maatregelen gemeten. Aan de start van de pre-implementatiefase werd daarnaast eenmalig de mate waarin bij pedagogisch medewerkers sprake is van burn-outklachten en ziekteverzuim in kaart gebracht. Ook zijn de attitudes die pedagogisch medewerkers hebben over het agressieve gedrag van de kinderen binnen de leefgroep gemeten. Een overzicht van de in het onderzoek gebruikte instrumenten wordt gegeven in Paragraaf 5.5.

Implementatiefase (maand 3 en 4)

Tijdens de implementatiefase maakten de medewerkers van de instelling zich het werken volgens de IPAM eigen. Gedurende deze fase vond instructie plaats, gevolgd door een inwerkperiode met geregelde feedbackmomenten tussen instructeur, pedagogisch medewerkers, leidinggevende en/of behandelaar. In het kader van de implementatie van de IPAM vonden per betrokken leefgroep drie bijeenkomsten in aanwezigheid van een instructeur plaats:

- Maand 3: algemene instructiebijeenkomst van 3,5 uur. Tijdens deze bijeenkomst werden de pedagogisch medewerkers, leidinggevend en/of behandelaren geïnformeerd over de achtergrond, het doel en de inhoud van de IPAM. Tijdens deze bijeenkomst werd gebruik gemaakt van videomateriaal en oefenden de medewerkers concreet met het gebruik van de twee kernelementen van de interventie, namelijk het Monitorsysteem de Pro-ACT en het IAP.

- Eind maand 3 of begin maand 4: teamvergadering 1. De instructeur schoof aan bij een bestaand teamoverleg. Tijdens dit overleg werd samen met de medewerkers nog eens stil gestaan bij de inhoud van de IPAM. Medewerkers konden vragen stellen over de toepassing van de interventie en de instructeur ging na of daadwerkelijk was gestart met de implementatie van de interventie. Waar nodig stimuleerde zij de implementatie.
- Maand 4: teamvergadering 2. De inhoud van dit overleg kwam overeen met de inhoud van teamvergadering 1. Aanvullend werden nu ook gegevens teruggekoppeld naar aanleiding van de Pro-ACT formulieren die over de kinderen reeds waren verzameld. De bevindingen op basis van deze gegevens werden met de medewerkers besproken en een koppeling werd gemaakt met de IAP's van de betreffende kinderen.

Gedurende de implementatiefase vond geen dataverzameling plaats.

Post-implementatiefase (maand 5 en 6)

De instellingen werkten zelfstandig met de IPAM. Tijdens de post-implementatiefase vonden geen bijeenkomsten meer plaats in aanwezigheid van de instructeur. De implementatie was afgerond. Pedagogisch medewerkers werkten met de interventie onder supervisie van hun eigen leidinggevende en/of behandelaar. Dat betekende dat pedagogisch medewerkers bij een agressief incident van een kind een Pro-ACT formulier invulden. Tijdens behandelingsplanbesprekingen werden daarnaast het IAP van het kind en de registratiegegevens naar aanleiding van de voor dat kind verzamelde Pro-ACT formulieren besproken. De post-implementatiefase besloeg acht weken. Binnen deze relatief korte periode was het, de eigen planning van de instellingen volgend, niet mogelijk om voor elk kind een patiëntbespreking te voeren. Om die reden is elk team gevraagd om binnen de acht weken durende post-implementatiefase twee bijeenkomsten te organiseren waarin alle binnen de leefgroep verblijvende kinderen wat betreft hun agressie, IAP's en registratiegegevens naar aanleiding van de ingevulde Pro-ACT formulieren werden besproken. Daarnaast is elk team gevraagd een extra bijeenkomst te plannen waarin bij het teamfunctioneren wat betreft proactieve en individuele agressiehantering werd stilgestaan. De agenda van de besprekingen vormen vast onderdeel van de interventie. In het kader van het werken met de IPAM gedurende de post-implementatiefase vonden dus drie teambesprekingen plaats:

- Maand 5: kindbespreking 1 wat betreft agressie, IAP's en registratiegegevens naar aanleiding van de ingevulde Pro-ACT formulieren.
- Eind maand 5 of begin maand 6: teambespreking over teamfunctioneren wat betreft proactieve en individuele agressiehantering.
- Maand 6: kindbespreking 2 wat betreft agressie, IAP's en registratiegegevens naar aanleiding van de ingevulde Pro-ACT formulieren.

Gedurende de post-implementatiefase vond dataverzameling plaats gelijk aan die tijdens de pre-implementatiefase. Na afronding van de post-implementatiefase is

daarnaast bij pedagogisch medewerkers kwalitatieve informatie verzameld over het nut en de bruikbaarheid van de IPAM. Tevens zijn suggesties voor optimalisering van de interventie nagevraagd.

5.4 Onderzoekspopulatie

Zes (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg voor kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar werkten aan het onderzoek mee. Bij de werving van de instellingen werd beoogd een evenredig aantal binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg verblijvende kinderen in het onderzoek te betrekken. Tevens werd landelijke dekking nagestreefd en werd getracht instellingen te betrekken vanuit zowel grootstedelijke als randstedelijke regio's. De zes deelnemende onderzoeksinstellingen waren inderdaad verspreid over Nederland (Groningen, Friesland, Drenthe, Brabant en Zuid-Holland). Een evenredig aantal instellingen was gelegen in een (middel-) grote stad, in de randgemeenten of in de regio.

Bij de start namen 28 leefgroepen aan het onderzoek deel. Eén leefgroep moest vanwege een reorganisatie de medewerking gedurende het onderzoek staken. Deze leefgroep wordt in het onderzoek buiten beschouwing gelaten. Zodoende zijn 27 leefgroepen aan het onderzoek verbonden. Eén van de 27 leefgroepen veranderde, eveneens vanwege een reorganisatie, tijdens de implementatiefase van samenstelling omdat een deel van de kinderen overging naar een nieuwe leefgroep. De kinderen van de oorspronkelijke leefgroep die niet van leefgroep veranderden, bleven in het onderzoek betrokken. Dat gold ook voor de 3 kinderen van de oorspronkelijke leefgroep die op dat moment nog op de instelling verbleven en die in de nieuwe leefgroep instroomden. Dit was mogelijk omdat het merendeel van de pedagogisch medewerkers van de nieuwe leefgroep in de interventie was geschoold, er nauw overleg was tussen de medewerkers van de oorspronkelijke en de nieuwe leefgroep en de teamoverleggen in het kader van het werken met de IPAM gezamenlijk plaatsvonden.

Kinderen in het onderzoek

Gedurende de gehele onderzoeksperiode verbleven 250 kinderen voor kortere of langere tijd binnen de leefgroepen. Ouders of verzorgers van de kinderen zijn met een informatiefolder geïnformeerd over het onderzoek. Hen werd de mogelijkheid geboden om bezwaar te maken voor deelname. Slechts voor één van de kinderen werd bezwaar gemaakt. Dit kind is in het onderzoek verder niet betrokken. Van de overige 249 kinderen is voor 236 kinderen gedurende tenminste één week de wekelijkse vragenlijsten ingevuld. Voor 13 kinderen gebeurde dit niet, omdat al van te voren duidelijk was dat deze kinderen slechts voor enkele weken op de instelling zouden verblijven (tijdelijke of spoedplaatsing) of al binnen enkele weken afscheid zouden nemen vanwege het afronden

van de behandeling. 94 (39,8%) kinderen verbleven gedurende de gehele onderzoeksperiode binnen de instellingen. De overige 142 kinderen stroomden gedurende het onderzoek in of uit. Dat wil zeggen dat gedurende het onderzoek nieuwe kinderen op de leefgroepen kwamen of dat kinderen na afronding van de behandeling terugkeerden naar huis of doorstroomden naar een vervolginstelling. Bij de werving van het aantal instellingen is met deze natuurlijke in- en uitstroom rekening gehouden. Zodoende zijn gedurende de onderzoeksperiode meer kinderen in het onderzoek ingestroomd dan het aantal kinderen dat voor het uitvoeren van de analyses binnen het onderzoek nodig was.

In Figuur 5.2 is het proces van de inclusie van de in het onderzoek betrokken kinderen schematisch weergegeven. De leefgroep die vanwege de reorganisatie stopte met het onderzoek is niet in het overzicht betrokken.

Figuur 5.2 Schematische weergave inclusie kinderen in het onderzoek

Onderzoeksfase	Weeknr*	Uitstroom		Instroom
			6 instellingen ↓ 27 leefgroepen ↓ 181 kinderen	
Pre- implementatiefase	1	2		-
	2	4		3
	3	6		3
	4	2		-
	5	3		-
	6	1		4
	7	1		3
		↓		↓
		162 kinderen		194 kinderen
Implementatiefase	8-16	25		-
		↓ 137 kinderen		
Post- implementatiefase	17	9		30
	18	2		2
	19	4		2
	20	4		-
	21	6		2
	22	1		2
	23	17		3
	24	94		1
		94 kinderen 24 weken betrokken		236 kinderen ≥ 1 week betrokken

* Het weeknummer bij in- of uitstroom geeft weer hoeveel kinderen na afloop van dit weeknummer in- of uitstroomden. Week 8 (van pre-implementatiefase) is niet apart in het overzicht opgenomen omdat de beschikbare gegevens geen onderscheid maken tussen kinderen die direct na week 8 in- of uitstroomden of kinderen die gedurende de implementatiefase in- of uitstroomden.

Voor alle 236 kinderen die in het onderzoek zijn betrokken is aan de start van het onderzoek of op het moment van tussentijdse instroom in het onderzoek eenmalig een *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) door een pedagogisch medewerker ingevuld en aanvullende informatie verzameld betreffende sekse, leeftijd, intelligentieniveau en DSM-classificaties zoals deze in het dossier stonden vermeld.

Van de 94 kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode in het onderzoek waren betrokken is wekelijks een vragenlijst (zie Paragraaf 5.5) door een pedagogisch medewerker ingevuld. In het merendeel van de gevallen vulde ook een tweede pedagogisch medewerker de vragenlijst in. De pedagogisch medewerkers die de vragenlijsten invulden varieerden per week door dienstwisseling. Van een vast patroon in de samenstelling van de groep informanten per week is daarom geen sprake.

Nagegaan is of de kinderen die gedurende het onderzoek in- of uitstroomden ($n=142$) wat betreft hun probleemgedrag, leeftijd, intelligentie, sector waar zij verbleven en kwaliteit waarin de IPAM op hun leefgroep was geïmplementeerd, verschilden van kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode in de instellingen verbleven ($n=94$). Logistische regressie liet zien dat jongere kinderen relatief minder vaak gedurende het onderzoek in- of uitstroomden dan kinderen met een gemiddelde of bovengemiddelde leeftijd ($b=1,19$; $p<0,05$) en dat kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie relatief vaker in- of uitstroomden dan kinderen binnen de jeugdzorg ($b=-2,29$; $p<0,001$). Op andere kenmerken werden geen verschillen gevonden.

Om na te gaan hoe het niveau van de agressieve gedragsproblemen zich in de post-implementatiefase ontwikkelde ten opzichte van de pre-implementatiefase zijn de 94 kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode op één van de instellingen verbleven in het onderzoek betrokken. De kenmerken van de kinderen staan weergegeven in Tabel 5.1 en Tabel 5.2. Om aan de bij de bezwaarprocedure behorende privacy-eisen te voldoen is in het onderzoek gewerkt met niet tot individuele kinderen te herleiden gecodeerde gegevens en zijn gegevens over leeftijd en intelligentieniveau in categorieën verzameld.

De implementatiegraad van de interventie op de leefgroep waar de kinderen verbleven is in dit onderzoek ook als kindkenmerk beschouwd. Implementatiegraad is in dit onderzoek een indicatie van behandelintegriteit. De implementatiegraad is een binomiale variabele. Er is indicatie voor voldoende implementatie als de meerderheid van het aantal op een leefgroep werkzame pedagogisch medewerkers de instructiebijeenkomst van de IPAM bijwoonde, als tenminste twee van de drie teamoverleggen in het kader van het werken met de IPAM tijdens de pre-implementatiefase hebben plaatsgevonden én als de bij de leefgroep betrokken behandelaren op de meerderheid van de bijeenkomsten aanwezig waren.

Een chi-kwadraattoets toonde op één van de in Tabel 5.1 beschreven kindkenmerken een verschil tussen de sectoren. De kinderen in de jeugdzorg

waren relatief jonger dan de kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie ($\chi^2=15,0$; $p<0.01$). Een ongepaarde t-toets liet geen verschillen zien tussen de sectoren wat betreft de in Tabel 5.2 beschreven startniveaus van agressie en voor de in Tabel 5.1 genoemde DSM-profielen zoals deze op basis van de CBCL zijn vastgesteld.

Tabel 5.1 Kenmerken van de betrokken kinderen (n=94)

Kenmerk		N (%)
Sector	Kinder- en jeugdpsychiatrie Jeugdzorg	31 (33,0) 63 (67,0)
Sekse	Jongen Meisje	69 (73,4) 25 (26,6)
Leeftijdscategorie	< 6 6-7 8-9 10-12 > 12	23 (24,5) 19 (20,2) 15 (16,0) 27 (28,7) 10 (10,7)
Intelligentieniveau 5 missing	< 60 60 – 79 80 – 89 90 – 110 111 – 120 121 – 130	1 (01,1) 11 (12,4) 26 (29,2) 39 (43,8) 6 (06,7) 6 (06,7)
DSM-categorie o.b.v. dossier 2 missing	Gedragsstoornis Oppositionele gedragsstoornis ADHD Pervasieve ontwikkelingsstoornis Reactieve hechtingsstoornis Stemmingsstoornis Angststoornis Somatoforme stoornis Aanpassingsstoornis Verstandelijke beperking Leesstoornis Anders	10 (10,9) 16 (17,4) 23 (25,0) 34 (37,0) 16 (17,4) 6 (06,5) 6 (06,5) 2 (02,2) 3 (03,3) 7 (07,6) 3 (03,3) 11 (12,0)
Implementatiegraad van leefgroep	Onvoldoende Voldoende	32 (34,0) 62 (66,0)

* De kinderen in de jeugdzorg zijn relatief jonger dan de kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Tabel 5.2 Startniveaus agressieve gedragsproblemen van de betrokken kinderen (n=94)

Instrument	Subschaal	Mean (sd)
Startniveau CBCL (week 1)	Agressief gedrag	13,4 (8,5)
Startniveau PRPA (week 1) 3 missing	Reactieve agressie Proactieve agressie	11,7 (3,9) 7,0 (2,3)

* Op geen van de kenmerken zijn verschillen gevonden tussen de sectoren.

Pedagogisch medewerkers in het onderzoek

Gedurende de onderzoeksperiode werkten 164 pedagogisch medewerkers op de betrokken 27 leefgroepen. Ook onder het personeel was sprake van in- en uitstroom vanwege ontslag of anderszins. Op een willekeurig moment tijdens het onderzoek werkten gemiddeld 5,6 pedagogisch medewerkers per leefgroep met een marge van minimaal 3 tot maximaal 10 pedagogisch medewerkers per leefgroep. Hierbij is niet gekeken naar het aantal uren dat een medewerker per week werkte.

140 pedagogisch medewerkers vulden de schriftelijke vragenlijst bij aanvang in. 122 pedagogisch medewerkers vulden aan het einde van de post-implementatiefase de schriftelijke vragenlijst in. 98 pedagogisch medewerkers vulden op beide meetmomenten de vragenlijst in. De kenmerken van deze 98 pedagogisch medewerkers zijn in Tabel 5.3 weergegeven. Naast kenmerken als sekse, leeftijd en opleidingsniveau werd ook gevraagd of de medewerkers een algemene cursus fysieke of ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd en hoeveel jaar zij werkzaam waren binnen de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg.

Een chi-kwadraattoets toonde voor geen van de kenmerken in Tabel 5.3 verschil tussen de sectoren.

Tabel 5.3 Kenmerken van de in het onderzoek betrokken pedagogisch medewerkers (n=98)

Kenmerk		N (%)
Sector	Kinder- en jeugdpsychiatrie	56 (57,1)
	Jeugdzorg	42 (42,9)
Sekse	Man	9 (09,2)
	Vrouw	89 (90,8)
Leeftijdscategorie	< 20	1 (01,0)
	20 – 29	63 (64,9)
	30 – 39	20 (20,6)
	40 – 49	13 (13,4)
Jaren werkzaam binnen het (dag)klinische werkveld	< 2	27 (27,5)
	3 – 5	30 (30,6)
	6 – 9	23 (23,5)
	10 – 14	12 (12,2)
	> 15	6 (06,1)
Opleidingsniveau	MBO	9 (09,2)
	HBO	81 (82,7)
	Universitair	8 (08,2)
Cursus (fysieke en ruimtelijke) agressiehantering gevolgd (≠ IPAM)	Ja	76 (77,6)
	Nee	22 (22,4)

* Op geen van de kenmerken zijn verschillen gevonden tussen de sectoren.

Nagegaan is of de pedagogisch medewerkers die gedurende het onderzoek in- of uitstroomden (n=66) wat betreft de in Tabel 5.3 genoemde kenmerken verschilden van de medewerkers die gedurende de gehele onderzoeksperiode in de instellingen verbleven (n=98). Logistische regressie liet zien dat medewerkers

binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie relatief vaker gedurende het onderzoek in- of uitstroomden dan medewerkers binnen de jeugdzorg ($b=-1,01$, $p<0,05$) en dat medewerkers die relatief lang binnen het veld van de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg werkzaam waren relatief vaker in- of uitstroomden dan hun korter in het veld werkzame collega's ($b=1,09$, $p<0,05$). Op andere kenmerken werden geen verschillen gevonden.

Inperkende maatregelen

Voor het beantwoorden van de vraag of de toepassing van inperkende maatregelen afneemt, is gewerkt met een subgroep van de totale onderzoeksgroep. Bij drie van de in totaal zes onderzoeksinstellingen registreerden de pedagogisch medewerkers zowel gedurende de pre-implementatiefase als de post-implementatiefase de inperkende maatregelen op een eigen registratiesysteem. Op deze drie instellingen verbleven 31 kinderen gedurende de gehele onderzoeksperiode binnen de instelling.

De overige drie instellingen konden geen betrouwbare cijfers leveren over het aantal inperkende maatregelen. Twee van deze instellingen waren het, in lijn met de probleemschets in Hoofdstuk 1, niet gewend inperkende maatregelen op eenduidige wijze te registreren. Zij waren wel bereid om in het kader van het onderzoek tijdens de pre-implementatiefase de inperkingen te registreren. Zij, en ook de derde instelling, besloten echter na invoering van de IPAM gedurende de post-implementatiefase het eigen registratiesysteem (tijdelijk) niet te gebruiken. Het invullen van dit registratiesysteem in combinatie met het invullen van het Monitorsysteem van de IPAM, de Pro-ACT, leverde dubbel werk op, wat binnen deze drie instellingen als te belastend werd ervaren.

De drie instellingen die de gegevens wel konden leveren waren kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen.

Pro-ACT

De 1029 Pro-ACT formulieren die tijdens de implementatie- en post-implementatiefase op de zes onderzoeksinstellingen zijn verzameld, gelden als de basisgegevens. Deze gegevens zijn gebruikt om de kenmerken van de agressieve incidenten op (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te onderzoeken. De 1029 formulieren betreffen 133 kinderen.

Om de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT vast te stellen is gebruik gemaakt van 126 agressieve incidenten die plaatsvonden binnen de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia, waar kinderen tussen de 4 en 12 jaar verblijven. Voor deze 126 incidenten was het gedurende de periode april 2009 tot en met juni 2010 (14 maanden) mogelijk dat twee pedagogisch medewerkers onafhankelijk van elkaar een Pro-ACT invulden. Deze 126 incidenten betroffen 14 kinderen. De binnen het Erasmus MC-Sophia verzamelde formulieren maken geen onderdeel uit van de

bovenstaande 1029 formulieren die als basisgegevens gelden. 78,1% van de 126 formulieren is ingevuld voor een jongen en 21,9% voor een meisje. 42,1% van de formulieren betrof een kind onder de 8 jaar oud en 57,9% een kind van 8 of ouder.

5.5 Onderzoeksinstrumenten

In deze paragraaf worden de onderzoeksinstrumenten besproken die in het kader van de diverse onderzoeksvragen in het onderzoek zijn meegenomen. In Tabel 5.4 staat weergegeven over welke onderzoeksdeelnemers (kinderen of pedagogisch medewerkers) de instrumenten informatie in kaart brengen en in welk hoofdstuk de bevindingen met behulp van deze instrumenten worden besproken. De instrumenten zijn door pedagogisch medewerkers ingevuld.

Tabel 5.4 Onderzoeksinstrumenten zoals gebruikt per onderzoeksgroep en onderzoeksfase en naar hoofdstukindeling

Onderzoeksgroep	Instrumenten	Meetpretentie	Hoofdstuk
Kinderen, eenmalig bij voormeting	- Child Behavior Checklist - Parent rating scale for Reactive and Proactive Aggression	- Gedragsproblemen - Re- en proactieve agressie	7 8
Kinderen, wekelijks in pre- en post-implementatiefase	- Child Behavior Checklist subschaal Agressief gedrag - Children's Social Behavior Scale - Teacher report subschaal Relatieve agressie - Social Dysfunction and Aggression Scale-9 - Modified Overt Aggression Scale - Meldingsformulieren inperkende maatregelen eigen instelling	- Agressieve gedragsproblemen - Relatieve agressie - Agressie in klinische setting - Agressie in klinische setting - Frequentie inperkende maatregelen	8 7
Pedagogisch medewerkers, bij start pre-implementatiefase en eind post-implementatiefase	- Attitudes Towards Inpatient Aggression - Utrechtse Burnout Schaal - voor contactuele beroepen - Afdelingsinformatie betreffende ziekmelding	- Attituden over agressie - Werkstress - Ziektemeldingen	9
Pedagogisch medewerkers, implementatiefase en (eind) post-implementatiefase	- Zelfontwikkelde vragenlijst nameting - Terugkoppelingsformulieren teamoverleggen post-implementatiefase	- Ervaringen met de interventie - Suggesties ter optimalisering	10
Kenmerken agressieve incidenten, vanaf Implementatiefase	- Monitorstysteem van de interventie: Pro-ACT	- Beschrijving kenmerken van agressieve incidenten	6

Meldingsformulieren inperkende maatregelen van de eigen afdeling

Om het aantal inperkende maatregelen in de pre- en post-implementatiefase in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de registratiegegevens die de drie betreffende onderzoeksinstellingen gewend waren te verzamelen. Elke keer wanneer zich een agressief incident voordeed waarbij gebruik werd gemaakt van een inperkende maatregel werd dit door één van de betrokken pedagogisch medewerkers geregistreerd.

In navolging van de Richtlijn Fysieke Inperking van GGZ Nederland (2002) gelden de volgende handelingen als inperkende maatregel:

1. kind licht vastgehouden (bijv. arm, pols);
2. naar (slaap)kamer verplaatst (met fysieke begeleiding/dwang);
3. ruimtelijke inperking op (slaap-)kamer;
4. ruimtelijke inperking in time-out ruimte; en
5. kind krachtig vastgehouden (bijv. holding, bundeling).

In het onderzoek is geen onderscheid gemaakt in een fysieke of ruimtelijke inperking, omdat één van de drie onderzoeksinstellingen dit onderscheid in haar registratiesysteem niet maakte. Gebruik is gemaakt van het aantal incidenten waarbij sprake was van een ruimtelijke en/of fysieke inperking. Wanneer beide typen inperkingen samen aan de orde waren is dit meegenomen als één incident.

Child Behavior Checklist (CBCL)

De *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Nederlandse vertaling Tick, Van der Ende, & Verhulst, 2007) is een door ouders in te vullen vragenlijst voor kinderen van 4 tot en met 18 jaar en omvat 118 vragen over specifieke emotionele problemen en gedragsproblemen. Elk probleem kan gescoord worden met 0= helemaal niet, 1=een beetje of soms of 2=duidelijk of vaak. De antwoorden worden gescoord op acht syndroomschalen: Angstig/Depressief gedrag, Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Problemen, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Regelovertredend Gedrag en Agressief gedrag. De eerste 3 probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste 2 de schaal Externaliseren. Alle gedragsitems opgeteld vormen samen de schaal Totale problemen. Voor de CBCL is een goede betrouwbaarheid en validiteit aangetoond (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). De CBCL is geschikt om in interventieonderzoeken verandering te meten (Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick, 1999). Onderzoek in Nederland en daarbuiten wees uit dat de factorstructuur van de CBCL, zoals gebaseerd op via ouders verkregen gegevens, ook toepasbaar is op via pedagogisch medewerkers verkregen gegevens (Albrecht, Veerman, Damen, & Kroes, 2001).

In de statistische analyses is gebruik gemaakt van de subschaal Agressie gedrag (met vragen als: 'dit kind vecht veel', 'dit kind heeft driftbuien of is snel driftig' of 'dit kind schreeuwt veel'). De interne consistentie van de aan de start van de pre-implementatiefase afgenomen subschaal Agressief gedrag in de

onderzoeksgroep van 94 kinderen is 0,92. De gemiddelde interne consistentie voor de gedurende de pre-implementatiefase en post-implementatiefase wekelijks (16 keer) door twee pedagogisch medewerkers afzonderlijk ingevulde subschaal Agressief gedrag is 0,93 (0,91-0,95).

Parent-rating scale for Reactive and Proactive Aggression (PRPA)

De PRPA (Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006) is een door ouders in te vullen vragenlijst die is ontwikkeld om een onderscheid te kunnen maken tussen reactieve en proactieve agressie. De PRPA bestaat uit 11 items, waarvan er 5 de reactieve agressie en 6 de proactieve agressie betreffen. Ouders wordt gevraagd voor verschillende gedragingen op een driepuntsschaal (0=nooit, 1=soms, 2=vaak) aan te geven hoe vaak hun kind dit gedrag laat zien. De scores voor de subschaal Reactieve agressie (met vragen als: 'dit kind is een driftkikker' of 'dit kind wordt snel kwaad na kleine incidenten') en voor de subschaal Proactieve agressie (met vragen als: 'dit kind bedreigt of pest kinderen om zijn/haar zin te krijgen' of 'dit kind is geniepig uit op eigen voordeel') worden verkregen door binnen de subschaal de afzonderlijke scores bij elkaar op te tellen. Confirmatory factoranalyse toont dat het twee-factor model (met de 2 subschalen) beter past dan het één-factor model. De interne consistentie van beide schalen is goed. De correlatie tussen de twee schalen in de algemene bevolking bedraagt 0,48 (Kempes e.a., 2006).

Binnen dit proefschrift is de PRPA aan de start van de pre-implementatiefase ingevuld door pedagogisch medewerkers. De interne consistentie van de subschaal Reactieve agressie van de 94 kinderen in de onderzoeksgroep is 0,91 en van de subschaal Proactieve agressie is deze 0,81. De correlatie tussen beide subschalen is 0,49 ($p < 0,001$).

Children's Social Behavior Scale – Teacher report

De CSBS-T (Crick, 1996) is een vragenlijst voor leerkrachten waarmee 3 typen agressief gedrag van kinderen kunnen worden onderscheiden: Relationale agressie, Fysieke agressie en Prosociaal gedrag. Respondenten wordt gevraagd voor 13 items op een vijf puntsschaal (lopend van 1=nooit waar tot 5=bijna altijd waar) aan te geven in hoeverre voor een bepaald kind de uitspraken van toepassing zijn. De interne consistentie van de drie schalen zijn in onderzoek goed gebleken (Crick, 1996).

Binnen dit proefschrift is gebruik gemaakt van de subschaal Relationale agressie (met vragen als: 'dit kind roddelt over leeftijdgenoten' of 'wanneer dit kind boos is op een leeftijdgenoot, negeert hij/zij de leeftijdgenoot en praat er niet meer tegen'). Deze is voor de 94 kinderen gedurende de pre- en post-implementatiefase wekelijks (16 keer) door twee pedagogisch medewerkers afzonderlijk ingevuld. De gemiddelde interne consistentie van de subschaal is 0,85 (0,77-0,93).

Social Dysfunction and Aggression Scale – 9

De SDAS-9 (*European Rating Aggression Group*, 1992; Nederlandse vertaling Sival, Albronda, Haffmans, Saltet, & Schellekens, 2000) is een observatieschaal bestaande uit negen categorieën van agressief gedrag in een klinische setting: prikkelbaarheid, negativisme/oncoöperatief gedrag, dysforie, sociaal storend/provocerend gedrag, ongerichte verbale/vocale agressie, gerichte verbale agressie, op voorwerpen gericht fysiek geweld, fysiek geweld tegen personeel en fysiek geweld tegen anderen waaronder groepsgenoten (geen personeel). Een categorie wordt vertegenwoordigd door één item. Elk item heeft vijf antwoordmogelijkheden (0=niet aanwezig, 1=in zeer lichte of onduidelijke vorm aanwezig, 2=mild aanwezig, 3=matig aanwezig, 4=ernstig aanwezig). De totale score varieert van 0 tot 36. De betrouwbaarheid en de interne consistentie van de SDAS-9 zijn goed (Sival e.a., 2000; Wistedt e.a., 1990).

Binnen dit proefschrift is de SDAS-9 gedurende de pre- en post-implementatiefase wekelijks (16 keer) ingevuld door twee afzonderlijke pedagogisch medewerkers. De gemiddelde interne consistentie is 0,93 (0,90-0,96).

Modified Overt Aggression Scale

De MOAS (Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1988; Nederlandse vertaling Buitelaar, 2000) is bedoeld om agressief gedrag dat zich op een setting voordoet te karakteriseren. De respondent wordt voor elk type agressief gedrag gevraagd wat de hoogste score is voor de meest ernstige agressieve handeling van het betreffende kind gedurende de observatieperiode. Het instrument vraagt dit na voor vier typen agressief gedrag: verbale agressie (als voorbeeld: '0 geen verbale agressie, 1 kwaad schreeuwen, mild vloeken, persoonlijk beledigen, 2 heftig vloeken, ernstig beledigen, heftige woedeaanvallen, 3 impulsieve dreigingen met geweld, tegen anderen of zichzelf, 4 herhaalde of opzettelijke bedreigingen met fysiek geweld tegen anderen of zichzelf'), agressie jegens objecten, agressief gedrag naar zichzelf en fysieke agressie. De MOAS verschaft een globale maat van de ernst van de agressie door de som van de scores van de meest ernstige gedragingen binnen elke categorie bij elkaar op te tellen. De totale som varieert van 0 tot 16, waarbij een hogere score een grotere ernst van de agressie representeert (Buitelaar, 2000). De MOAS blijkt in het onderzoek van Kay en collega's (1988) te beschikken over een goede interne consistentie en tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid.

Binnen dit proefschrift is de MOAS gedurende de pre- en post-implementatiefase wekelijks (16 keer) ingevuld door twee afzonderlijke pedagogisch medewerkers. De gemiddelde interne consistentie is 0,76 (0,66-0,84).

Attitudes Towards Inpatient Aggression

De ATAS (Jansen, Dassen, Burgerhof, & Middel, 2006) bestaat uit 18 items, die vijf typen van attitudes over agressie onder medewerkers in kaart brengen met een variërende betrouwbaarheid zoals blijkt uit nationaal en internatio-

naal onderzoek (hier worden de Nederlandse gegevens gepresenteerd; Jansen, Middel, & Dassen, 2005): Beledigend (agressie als beledigend gedrag; interne consistentie is 0,83), Destructief (agressie als destructief gedrag; interne consistentie is 0,60), Inbreukmakend (agressie als inbreukmakend gedrag; interne consistentie is 0,62), Communicatief (agressie als communicatief gedrag; interne consistentie is 0,63) en Beschermend (agressie als beschermend gedrag; interne consistentie is 0,63). Ter illustratie wordt per type attitude een item als voorbeeld gegeven: Beledigend ('agressie is onnodig en niet acceptabel gedrag'), Destructief ('agressie is een toestand waarin een patiënt dreigend is tegen andere personen of voorwerpen'), Inbreukmakend ('agressie is een impuls tot verstorend ingrijpen met als doel iemand of iets te overheersen en leed te bezorgen'), Communicatief ('agressie is het begin van een positievere relatie van de hulpverlener met de patiënt') en Beschermend ('agressie is het verdedigen van het eigen territorium en de privacy'). De respondent wordt gevraagd voor elk item op een vijfpuntsschaal (0=helemaal mee oneens, 1=mee oneens, 2=weet niet, 3=mee eens, 4=helemaal mee eens) aan te geven in hoeverre hij of zij het met de uitspraak eens is. De scores van de items worden per schaal bij elkaar opgeteld en voor elk 'type' attitude wordt vervolgens een gemiddelde score berekend. Het onderzoek van Jansen en collega's (2005) gaf voor 566 verpleegkundigen in Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen de gemiddelden per schaal weer.

Binnen dit proefschrift is de ATAS zowel aan de start van de pre-implementatiefase als bij afronding van de post-implementatiefase ingevuld door pedagogisch medewerkers. De gemiddelde interne consistentie over de twee meetmomenten is voor de subschaal Beledigend 0,75, voor de subschaal Destructief 0,54, voor de subschaal Inbreukmakend 0,54, voor de subschaal Communicatief 0,66 en voor de subschaal Beschermend 0,53. Op de subschaal Beledigend na zijn de consistenties laag. Zij wijken niet veel af van de consistenties zoals gerapporteerd door Jansen e.a. (2006).

Utrechtse Burnout Schaal – voor contactuele beroepen

De UBOS-C (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000) is de Nederlandse versie van de *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986). De UBOS meet de mate van burn-out, een werkgerelateerde psychische vermoeidheidstoestand. In het kader van dit onderzoek is gebruik gemaakt van de UBOS versie voor contactuele beroepen, de UBOS-C. Het instrument heeft 20 items. De respondent wordt gevraagd op een zevenpuntschaal (lopend van 0=nooit tot 6=dagelijks) aan te geven hoe vaak een bepaalde uitspraak op hem of haar van toepassing is. De UBOS-C kent drie subschalen: Emotionele uitputting (het gevoel helemaal 'op' of 'leeg' te zijn als gevolg van het werk, met vragen als: 'aan het eind van de werkdag voel ik me leeg' of 'ik voel me opgebrand door mijn werk'), Mentale distantie (een onpersoonlijke, onverschillige, negatieve en cynische

houding ten opzichte van de mensen waarmee men werkt, met vragen als: 'ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik deze baan heb' of 'het kan me niet echt schelen wat er met sommige patiënten gebeurt') en Competentie (het gevoel van persoonlijke bekwaamheid in het contact met anderen op het werk, met vragen als: 'ik heb het gevoel dat patiënten mij hun problemen verwijten' of 'ik weet de problemen van de patiënten adequaat op te lossen'). De drie schaalscores samen vormen een Totaalscore. De subschalen van de UBOS in Nederland zijn intern redelijk tot goed consistent gebleken (Bakker, Le Blanc, & Schaufeli, 2005) en beschikken over goede factoriële validiteit. Voor iedere versie van de UBOS zijn een algemene normgroep van werknemers en een normgroep van werknemers met burn-outklachten beschikbaar. De UBOS is gevoelig voor veranderingen (Van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998).

Binnen dit proefschrift is de UBOS-C zowel aan de start van de pre-implementatiefase als bij afronding van de post-implementatiefase ingevuld door pedagogisch medewerkers. De gemiddelde interne consistentie over de twee meetmomenten is voor de Totaalscore 0,68, voor de subschaal Emotionele uitputting 0,86, voor de subschaal Mentale distantie 0,63 en voor de subschaal Competentie 0,82.

Afdelingsinformatie betreffende ziekmelding

De ziekmeldingen van de pedagogisch medewerkers zijn op een daartoe ontwikkeld formulier nagevraagd. De leidinggevende vulde dit formulier in. Er is met gecodeerde gegevens gewerkt. Een zestal redenen voor ziekmelding is nagevraagd: langdurig ziek werk gerelateerd, langdurig ziek lichamelijke reden, langdurig ziek reden onbekend, kortdurend ziek werk gerelateerd, kortdurend ziek lichamelijke reden en kortdurend ziek reden onbekend. De leidinggevende gaf tevens aan wat de eerste dag van de ziekmelding was en op welke dag de medewerker zich weer beter heeft gemeld. Onder langdurige ziekte wordt verstaan een ziekmelding die langer duurt dan 4 weken. Zwangerschap hoefde niet in het schema te worden aangegeven.

Vragenlijst aangaande nut en verbetering van de interventie

Om informatie te krijgen over het nut en de opbrengsten van de IPAM is een schriftelijke vragenlijst ontwikkeld. Hierop konden pedagogisch medewerkers op een 5-puntschaal (lopen van 1 = helemaal mee oneens naar 5 = helemaal mee eens) onder meer aangeven welke effecten van het werken met de IPAM zich naar hun mening hebben voorgedaan (met vragen als: 'door het werken met de methode let ik meer op de waarschuwingssignalen van agressie bij de kinderen'), hoe nuttig zij de interventie als geheel vonden (met vragen als: 'het werken met de IPAM heeft een meerwaarde') en hoe nuttig zij de twee afzonderlijke kernelementen van de IPAM vonden. Op de vragenlijst is ruimte gereserveerd

voor schriftelijke toelichting. Tevens wordt nagevraagd of pedagogisch medewerkers suggesties hebben ter verbetering van de interventie.

Terugkoppelingsformulieren teamoverleggen tijdens post-implementatiefase

Om een beeld te krijgen van de accuraatheid waarmee de interventie is geïmplementeerd (implementatiegraad) is na elk teamoverleg dat tijdens de post-implementatiefase werd gehouden een aantal vragen gesteld op een daartoe ontwikkeld terugkoppelingsformulier. Onder meer werd nagevraagd of de bijeenkomst heeft plaatsgevonden, welke agendapunten tijdens de bijeenkomst zijn behandeld en of er suggesties waren ter verbetering van de interventie. Tevens is nagevraagd hoeveel pedagogisch medewerkers bij de bespreking aanwezig zijn geweest en of de behandelaar en/of leidinggevende aanwezig waren.

Kernelement van de interventie: Pro-ACT

Vanaf de implementatiefase gingen de pedagogisch medewerkers met de IPAM werken. Dat betekent dat zij, wanneer daar aanleiding voor was, agressieve incidenten registreerden op één van de twee kernelementen van de IPAM, namelijk het Monitorsysteem de Pro-ACT (Valenkamp, Verheij, Nijman, Palmstierna, & Bjørkly, 2009). De Pro-ACT is weliswaar een meetinstrument, maar wordt in het kader van het onderzoek niet als uitkomstmaat meegenomen. Immers, het maakt als Monitorsysteem onderdeel uit van de interventie die in dit proefschrift wordt onderzocht.

De Pro-ACT brengt in het kader van de IPAM de aard van de agressie in kaart. De IPAM beoogt dit met behulp van de Pro-ACT op een betrouwbare manier te doen. In het kader van dit proefschrift is daarom de mate van overeenstemming tussen twee beoordelaars van de Pro-ACT nagegaan. Tevens zijn de kenmerken van de agressieve incidenten, zoals in kaart gebracht met de Pro-ACT, onderzocht.

5.6 Statistische analyses

Pro-ACT

In dit proefschrift is allereerst onderzoek gedaan met en naar het Monitorsysteem van de IPAM, de Pro-ACT. Om nader inzicht te krijgen in de kenmerken van agressieve incidenten in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg is de frequentie van de antwoordmogelijkheden van de Pro-ACT in kaart gebracht.

Om de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT na te gaan is Cohen's kappa berekend op het niveau van de categorieën waaruit de vijf kolommen van de Pro-ACT zijn opgebouwd. Voor de vijf kolommen van de Pro-ACT en de totale Pro-ACT is tenslotte een gemiddelde kappa vastgesteld. Voor de beoordeling van de hoogte van de kappa is de indeling van Landis en Koch (1977) gehanteerd: een kappa lager dan 0,20 representeert een slechte

overeenstemming, een kappa tussen de 0,21 en 0,40 een redelijke overeenstemming, een kappa tussen de 0,41 en 0,60 een middelmatige overeenstemming, een kappa tussen de 0,61 en 0,80 een goede overeenstemming en een kappa vanaf 0,81 een uitstekende overeenstemming.

Toepassing inperkende maatregelen

Onderzocht is of het aantal incidenten met een inperkende maatregel, dat een kind gedurende de pre-implementatiefase en de post-implementatiefase maakte, verschilde. De uitkomstvariabele betrof het aantal incidenten met een inperkende maatregel per week. Omdat er per kind meerdere waarnemingen zijn, namelijk de weken waarin de incidenten zijn geregistreerd, is gebruik gemaakt van multilevel Poisson regressie. De analyse is uitgevoerd met behulp van het programma Stata versie 11. De modellen hebben twee niveaus:

- het hoogste niveau (2): het kind; en
- het laagste niveau (1): de herhaalde metingen.

De multilevel analyse houdt rekening met *nested data* binnen de niveaus, dat wil hier zeggen de herhaalde metingen binnen de subjecten (kinderen).

De covariaat fase geeft het onderscheid weer tussen de wekelijkse waarnemingen in de pre- en post-implementatiefase. Als covariaten zijn daarnaast meegenomen het geslacht van het kind en het startniveau van agressieve gedragsproblemen bij aanvang van het onderzoek.

De volgende modellen zijn getoetst: 1. basismodel zonder covariaten 2. fase als enige covariaat in het model, 3. model met geslacht en startniveau van de agressieve gedragsproblemen als covariaten naast fase, 4. gelijk aan het derde model met toevoeging van de interactie van fase met startniveau van de agressieve gedragsproblemen.

Na schatting van het basismodel werd met behulp van de chi-kwadraattoets bepaald welk model met toevoeging van genoemde covariaten en interactie-effect het beste bij de data paste. De resultaten van dit uiteindelijke model worden in dit proefschrift gepresenteerd.

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de 31 kinderen die gedurende de hele onderzoeksperiode verbleven in de drie kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen die de registratiegegevens konden leveren.

Agressieve gedragsproblemen

In dit onderzoek is nagegaan of de niveaus van de agressieve gedragsproblemen van de kinderen tijdens de pre-implementatiefase en de post-implementatiefase van elkaar verschilden. Hiertoe is een multilevel analyse uitgevoerd. Gebruik is gemaakt van het programma SPSS 17. De modellen hebben drie niveaus:

- het hoogste niveau (3): het kind;
- het tweede niveau (2): de herhaalde metingen; en
- het laagste niveau (1): de beoordeling door één of twee pedagogisch medewerkers.

De multilevel analyse houdt rekening met *nested data* binnen de niveaus, dat wil hier zeggen de herhaalde metingen binnen de subjecten (kinderen) en de scores van twee wisselende pedagogisch medewerkers per meting.

De ruwe schaalscores van de vier in de analyse gebruikte instrumenten (CBCL subschaal Agressief gedrag, SDAS-9, MOAS en de subschaal Relationele agressie van de CSBS-T) zijn in aparte analyses als uitkomstmaat meegenomen.

De covariaat fase geeft het onderscheid weer tussen de wekelijkse agressiescores in de pre- en post-implementatiefase. Als covariaat zijn daarnaast meegenomen: pedagogisch medewerkers, geslacht, sector, implementatiegraad, startniveau van proactieve agressie en startniveau van reactieve agressie.

Voor alle vier de uitkomstmaten werd dezelfde procedure gevolgd om tot het uiteindelijke model te komen. De volgende modellen zijn getoetst: 1. basismodel zonder covariaten 2. fase als enige covariaat in het model, 3. model met de overige covariaten naast fase, 4. gelijk aan het derde model met toevoeging van de interactie-effecten.

Na schatting van de basismodellen werd met behulp van de chi-kwadraat toets bepaald welke modellen met toevoeging van genoemde covariaten en interactie-effect het beste bij de data pasten. De resultaten van de uiteindelijke modellen worden in dit proefschrift gepresenteerd.

Om inzicht te krijgen in het belang dat aan de eventuele verschillen in de scores tussen de pre- en post-implementatiefase gehecht kan worden, zijn effectgroottes berekend. Als maat is Cohen's *d* gebruikt. Deze kan variëren tussen de -2,0 en +2,0. Volgens de criteria van Cohen (1988) betekent een waarde kleiner dan 0,20 een verwaarloosbaar klein effect, een waarde van 0,20 tot 0,49 een klein effect, een waarde tussen de 0,50 en 0,79 een middelgroot en een waarde boven de 0,80 een groot tot zeer groot effect.

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de 94 kinderen die gedurende de hele onderzoeksperiode in de onderzoeksinstellingen aanwezig waren.

Attituden, burn-outklachten en ziekmelding bij pedagogisch medewerkers

Om na te gaan of sprake is van een positieve of negatieve ontwikkeling in de attituden over het agressieve gedrag van de kinderen en in het niveau van burn-outklachten over de twee meetmomenten, is een multilevel analyse uitgevoerd. De analyse werd uitgevoerd met behulp van het programma SPSS 17. De modellen kennen twee niveaus:

- het hoogste niveau (2): de pedagogisch medewerker;
- het laagste niveau (1): de herhaalde metingen (week 1 en week 24).

Multilevel analyses zijn uitgevoerd voor de vijf subschalen van de ATAS en voor de totale schaal en de drie subschalen van de UBOS-C. De ruwe schaalscores zijn elk in aparte analyses als uitkomstmaat meegenomen. Er werden per uitkomstmaat vijf verschillende modellen gecreëerd met de volgende covariaten: fase, sector, implementatiegraad, het aantal jaren dat iemand werkzaam is binnen de

(dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg (0-5 of >5 jaar) en de vraag of een pedagogisch medewerker een algemene cursus heeft gevolgd in de fysieke en ruimtelijke agressiehantering.

Voor alle uitkomstmaten werd dezelfde procedure gevolgd om tot het uiteindelijke model te komen. De volgende modellen zijn getoetst: 1. basismodel zonder covariaten 2. fase als enige covariaat in het model, 3. model met de overige covariaten naast fase, 4. gelijk aan het derde model met toevoeging van de interactie-effecten. Na schatting van de basismodellen is per uitkomstmaat met behulp van de chi-kwadraattoets bepaald welk model met toevoeging van genoemde covariaten en interactie-effecten het beste bij de data paste. De resultaten van deze uiteindelijke modellen worden in dit proefschrift gepresenteerd.

Om inzicht te krijgen in het belang dat aan de eventuele verschillen in de scores tussen de pre- en post-implementatiefase gehecht kan worden, zijn eveneens effectgroottes berekend. Als maat is Cohen's *d* gebruikt.

Of het aantal werkgerelateerde ziekmeldingen volgens de officiële cijfers van de instelling over de fasen heen veranderde, is nagegaan met de *McNemar toets*, een non-parametrische toets voor het vergelijken van afhankelijke gegevens, hier twee tijdstippen, over twee gerelateerde groepen. Dezelfde analyse is uitgevoerd voor de vraag of over de fasen heen verandering optrad in het aantal volgens zelfrapportage gemelde ziekmeldingen vanwege de agressie van de kinderen op de groep.

Het onderzoek werd uitgevoerd onder de 98 pedagogisch medewerkers die gedurende de totale periode van het onderzoek in de betrokken onderzoeksinstellingen werkzaam waren en die zowel rond week 1 als rond week 24 van het onderzoek een schriftelijke vragenlijst invulden.

Klinische opbrengsten van de interventie en suggesties ter optimalisering

De wijze waarop de pedagogisch medewerkers aankijken tegen het nut en de bruikbaarheid van de IPAM en de eventuele suggesties voor optimalisering van de IPAM die zij geven, is op beschrijvende wijze geanalyseerd.

Voor het onderzoek naar het nut en de opbrengsten van de interventie konden de pedagogisch medewerkers per stelling op een vijfpuntsschaal (1 helemaal mee oneens, 2 mee oneens, 3 weet niet, 4 mee eens en 5 helemaal mee eens) aangeven in hoeverre zij het met de stelling eens waren. Voor de analyses zijn de antwoordcategorieën teruggebracht tot drie categorieën: 1 oneens, 2 weet niet en 3 eens. Voor elke stelling is met behulp van een chi-kwadraattoets nagegaan of pedagogisch medewerkers met verschillende kenmerken het nut en de opbrengsten van de interventie anders beoordelen. Gebruik is gemaakt van het programma SPSS 17.

Dit deelonderzoek is uitgevoerd onder de 98 pedagogisch medewerkers die zowel rond week 1 als rond week 24 van het onderzoek een schriftelijke vragenlijst invulden.

Voor het onderzoek naar de suggesties ter verbetering van de IPAM is de beschikbare informatie op een beschrijvende wijze geanalyseerd. Alle op de vragenlijsten en tijdens de teamoverleggen genoemde suggesties zijn geordend op thema. Hierna is gescoord hoe vaak de suggesties binnen een thema zijn genoemd.

Voor dit deelonderzoek is gebruik gemaakt van de informatie die is verkregen van alle 122 pedagogisch medewerkers die de vragenlijst aan het einde van de onderzoeksperiode (rond week 24) invulden. Aanvullend is gebruik gemaakt van de informatie die is verzameld tijdens de twee teamoverleggen in de implementatiefase en de drie teamoverleggen in de post-implementatiefase die plaatsvonden als onderdeel van de interventie.

HOOFDSTUK 6

Pro-ACT

6.1 Inleiding

Naast het Individuele Agressiehanteringsplan (IAP) is het Monitorsysteem, de *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool* (Pro-ACT; Valenkamp, Verheij, Nijman, Palmstierna, & Bjørkly, 2009), een kernelement van de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM). De Pro-ACT heeft tot doel om op gestructureerde wijze een aantal aspecten van agressieve incidenten te registreren. In Hoofdstuk 4 is uitgewerkt hoe op *klinisch niveau* deze gegevens over agressieve incidenten kunnen bijdragen aan de behandelingsplanning van een kind en aan het opstellen en evalueren van een IAP voor dat kind. Kort gezegd leveren dit soort gegevens informatie op over hoe het agressieve gedrag van een kind in een vroeg stadium kan worden gesignaleerd en escalatie kan worden voorkomen. Op *beleidsniveau* geeft de frequentie waarin agressie voorkomt inzicht in het agressieniveau binnen een leefgroep of instelling. Het volgen van de kenmerken en frequentie van de incidenten over de tijd of tussen groepen of instellingen kan tot belangrijke beleidsconclusies en -adviezen leiden. Ook kan de frequentie van de incidenten als *uitkomstmaat* worden gebruikt in wetenschappelijk onderzoek, ondermeer in studies naar de effecten van interventies om agressie binnen instellingen te verminderen (Nijman e.a., 1999b).

In Hoofdstuk 4 is aan de orde geweest hoe de *Staff Observation Aggression Scale revised* (SOAS-R; Nijman e.a., 1999b) en de *Report Form for Aggressive Episodes* (REFA; Bjørkly, 1996) zijn doorontwikkeld tot de Pro-ACT.

Over de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de SOAS-R is niet gepubliceerd. Over de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de voorloper van de SOAS-R, namelijk de SOAS (Palmstierna & Wistedt, 1987), wel. De onderzoeken vonden een Cohen's kappa van 0,61 (Nijman, Allertz, Merckelbach, à Campo, & Ravelli, 1997b) en 0,74 (Steinert, Wölflé, & Gebhart, 1999; 2000),

die beide volgens de indeling van Landis en Koch (1977) een goede overeenstemming representeren.

In een onderzoek van Bjørkly (2000) beoordeelden 48 verpleegkundigen onafhankelijk van elkaar 10 beschreven vignetten met behulp van de REFA. Cohen's kappa was 0,84, wat volgens de genoemde indeling duidt op een uitstekende overeenstemming.

In dit zesde hoofdstuk worden de kenmerken van agressieve incidenten, zoals in kaart gebracht met behulp van de Pro-ACT, beschreven. Tevens wordt nagegaan in hoeverre overeenstemming bestaat in de antwoorden die twee pedagogisch medewerkers op het formulier aankruisen, wanneer zij afzonderlijk van elkaar voor hetzelfde incident een Pro-ACT invullen.

6.2 Methode

6.2.1 Instrumenten

De *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool* (Pro-ACT; Valenkamp, Verheij, Nijman, Palmstierna, & Bjørkly, 2009) is een observatielijst, in te vullen door pedagogisch medewerkers. De voorzijde van de Pro-ACT is opgebouwd uit vijf kolommen: Provocatie (provocatie van de agressie), Middel (gebruikte agressieve middelen door het kind), Doelwit (doelwit van de agressie), Consequenties (consequenties van de agressie voor het slachtoffer) en Maatregelen (door de pedagogisch medewerkers toegepaste maatregelen). Daarnaast zijn er vragen naar de datum, het tijdstip en de locatie van het incident op de Pro-ACT genoteerd. Tevens wordt gevraagd welke waarschuwingssignalen voorafgaand aan de agressie zijn waargenomen, of voldoende collega's in de buurt waren en of een nagesprek met het kind heeft plaatsgevonden of nog zal plaatsvinden. Elke keer als een agressief incident zich heeft voorgedaan wordt de Pro-ACT door een pedagogisch medewerker die het incident heeft waargenomen ingevuld. Het invullen duurt enkele minuten.

De Pro-ACT is als bijlage in dit proefschrift opgenomen (Bijlage 1).

6.2.2 Gegevensverzameling

De 1029 Pro-ACT formulieren die tijdens de implementatie- en post-implementatiefase (4 maanden) van het in Hoofdstuk 5 beschreven onderzoek op de onderzoeksinstellingen zijn verzameld, gelden in dit hoofdstuk als de basisgegevens waarmee de kenmerken van de agressieve incidenten zijn onderzocht. De 1029 formulieren betreffen 133 kinderen.

Om de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT te onderzoeken is gebruik gemaakt van 126 agressieve incidenten. Deze incidenten vonden plaats in de periode april 2009 tot en met juni 2010 (14 maanden) op de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia, waar kinderen tussen de 4 en 12 jaar verblijven. Gedurende deze periode

vulden, wanneer zij beiden bij het incident aanwezig waren geweest, telkens twee pedagogisch medewerkers onafhankelijk van elkaar voor een incident een Pro-ACT formulier in. Deze 126 incidenten betreffen 14 kinderen. De binnen het Erasmus MC-Sophia verzamelde formulieren maken geen onderdeel uit van de bovenstaande 1029 formulieren die als basisgegevens gelden.

6.2.3 Statistische analyses

Om nader inzicht te krijgen in de kenmerken van de agressieve incidenten in de (dag)klinische instellingen, is voor elke *antwoordmogelijkheid* van de Pro-ACT (binnen Kolom 2 Middel bijvoorbeeld M1 'Brutaal, schelden, gillen, krijsen') de frequentie berekend. Daarnaast is het percentage waarin de antwoordmogelijkheid aan de orde is ten opzichte van het totaal van 1029 formulieren nagegaan.

Om de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT na te gaan is Cohen's kappa berekend. Met het oog op de vergelijkbaarheid met onderzoeken naar de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid op de eerder genoemde SOAS(-R) en REFA, is voor de Pro-ACT de kappa berekend op het niveau van de *categorieën* waaruit de vijf kolommen van de Pro-ACT zijn opgebouwd (Kolom 2 Middel bestaat bijvoorbeeld uit de volgende categorieën: 'Verbale agressie', 'Gebruiksvoorwerpen', 'Delen van het lichaam' en 'Gevaarlijke objecten of methoden' die elk afzonderlijke antwoordmogelijkheden kennen). De categorieën die volgens beide beoordelaars in minder dan 1% van de 126 dubbel ingevulde formulieren aan de orde waren en de categorieën 'Geen' en 'Anders' zijn in de berekening van de kappa's niet meegenomen. Kolom 3 'doelwit' kent geen categorieën. Elke antwoordmogelijkheid binnen deze kolom is als aparte categorie gehanteerd. Voor de vijf kolommen van de Pro-ACT en de totale Pro-ACT is tenslotte een gemiddelde kappa vastgesteld.

Voor de beoordeling van de hoogte van de kappa is de indeling van Landis en Koch (1977) gehanteerd: een kappa lager dan 0,20 representeert een slechte overeenstemming, een kappa tussen de 0,21 en 0,40 een redelijke overeenstemming, een kappa tussen de 0,41 en 0,60 een middelmatige overeenstemming, een kappa tussen de 0,61 en 0,80 een goede overeenstemming en een kappa vanaf 0,81 een uitstekende overeenstemming.

6.3 Resultaten

De eerste kolom Provocaties bevat relatief veel antwoordmogelijkheden. De antwoordmogelijkheden die in deze kolom minder dan 10 keer aan de orde zijn, vallen daarom in de uiteindelijke Pro-ACT en de analyses in dit zesde hoofdstuk weg. Immers, antwoordmogelijkheden die minder dan 10 keer zijn aangekruist kunnen voortaan bij 'Anders' worden gescoord. De antwoordmogelijkheden P14 'andere naaste personen keerden zich af van het kind', P18 'schokkende gebeurtenis', P21 'gebeurtenissen buiten de groep', P26 'één-op-één situatie met mannelijke volwassene', P31 'lichamelijk pijn of ziek' en P33

‘medicatiefout’ zijn niet langer onderdeel van de Pro-ACT en de analyses.

Hoewel 75 keer aan de orde (7,3%), is ook antwoordmogelijkheid P36 ‘achterliggende reden’ in de analyses niet meegenomen, omdat dit een beschrijvend antwoord betreft.

6.3.1 Kenmerken van de agressieve incidenten

Tabel 6.2 geeft voor de 1029 formulieren per *antwoordmogelijkheid* de frequentie weer waarin deze aan de orde is. Pedagogisch medewerkers mochten meerdere antwoorden binnen een kolom geven. De frequenties tellen daarom niet op tot 1029, maar tot een hoger getal. Ook de percentages tellen hoger op dan 100% vanwege de mogelijkheid tot het geven van meerdere antwoorden per kolom.

De antwoordmogelijkheden die in meer dan 10% van de 1029 formulieren zijn aangekruist worden besproken.

Provocatie

Met name P5 ‘kind werd begrensd of gecorrigeerd’ scoort erg hoog (50,5%). Dit betekent dat op ruim de helft van de formulieren is aangegeven dat het begrenzen of corrigeren van het kind de directe uitlokker was van de agressie. Ook relatief vaak komen voor P3 ‘kind werd wens of verzoek geweigerd’ (19,7%) en P6 ‘externe druk op kind om verplichtingen, taken te doen’ (11,7%). Zowel P3, P5 als P6 vallen binnen de categorie ‘Begrenzen’. Blijkbaar is begrenzing de voornaamste provocatie voor een kind om agressief gedrag te vertonen.

Ook zijn P24 ‘sociale interactie met andere kinderen’ (15,6%) en P1 ‘lichamelijk contact door kind naar (on)bekend persoon’ (12,0%) relatief vaak aan de orde. Hoewel zij niet samen binnen één categorie vallen, betreffen ze beide interactie met andere personen.

Middel

Binnen de tweede kolom blijkt dat M1 ‘brutaal, schelden, gillen, krijsen’ in 74,0% van de formulieren is aangekruist. In 77,0% van de formulieren waarop M1 is aangekruist, is ook tenminste één ander middel aan de orde. Verbale agressie komt sowieso veel voor, want ook M2 ‘dreigementen uiten’ is in 33,0% van de formulieren aan de orde.

Eveneens relatief vaak komen voor M6 ‘dreigende lichaamstaal’ (30,4%), M7 ‘handen’ (28,0%) en M8 ‘voeten’ (25,9%). M6, M7 en M8 maken onderdeel uit van de categorie ‘Delen van het lichaam’.

Tot slot is ook M5 ‘agressie jegens andere objecten’ (22,6%) regelmatig aan de orde.

Doelwit

D5 ‘medewerkers’ zijn verreweg het vaakst het doelwit van de agressie (44,8%). Het komt ook regelmatig voor dat een ‘ander kind’ (D3) het doelwit is (30,8%).

Ook 'objecten' (D2) moeten het relatief vaak ontgelden (20,4%). In 22,9% van de formulieren is er 'geen' doelwit of is het doelwit 'onduidelijk' (D1).

Consequenties

Vaak is er 'geen' (C1) consequentie van het agressieve gedrag (55,5%). Dat wil zeggen dat in meer van de helft van de incidenten geen fysieke of emotionele schade is aangericht of waargenomen.

In ruim een kwart van de gevallen (25,9%) voelde het slachtoffer van de agressie, dat wil zeggen een pedagogisch medewerker of een ander kind, zich 'bedreigd' (C4). Ook relatief vaak (11,6%) kwam voor dat het slachtoffer zich 'emotioneel geraakt' voelde (C5). C4 en C5 samen vormen de categorie 'personen emotioneel'.

Maatregelen

Het valt op dat gemiddeld 4 maatregelen per incident zijn toegepast. Blijkbaar volgen medewerkers doorgaans een, al dan niet in een vaststaand patroon, opeenvolging aan maatregelen.

Veruit het vaakst zijn toegepast de verbale pedagogische maatregelen MR4 tot en met MR7 (33,8%-72,9%). Ook milde dwang (MR8 en MR9) is in ruim een kwart van de incidenten aan de orde (respectievelijk 26,8% en 36,6%). Van de dwangmaatregelen wordt vooral MR10 'onder dwang naar (slaap-)kamer verplaatsen met fysieke begeleiding van de medewerker' relatief vaak toegepast, namelijk in 25,8% van de incidenten. Ook de overige dwangmaatregelen (MR11 tot en met MR13) zijn in meer dan 10% van de incidenten aan de orde (11,4%-14,4%). Pedagogisch medewerkers mochten meerdere antwoorden per kolom aangeven. Het is daarom voorstelbaar dat in veel gevallen verschillende dwangmaatregelen tegelijk of kort na elkaar binnen één incident werden toegepast, zoals het fysiek en ruimtelijk inperken.

MR2 'bewust negeren' is ook relatief vaak ingezet als pedagogische maatregel (20,0%). MR3 'het kind afleiden' is in 11,7% van de formulieren aan de orde.

6.3.2 Tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid

Tabel 6.1 geeft de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de verschillende categorieën van de Pro-ACT met behulp van kappa's weer. De tabel geeft eveneens de gemiddelde kappa's weer voor de vijf kolommen en de totale Pro-ACT.

Voor de Pro-ACT als totaal bleek een kappa van 0,52. Volgens de indeling van Landis en Koch (1977) is dit een indicatie van een middelmatige overeenstemming. Alleen kolom 2 'Middel' had volgens de indeling met een gemiddelde kappa van 0,67 een goede overeenstemming. Kolom 1 'Provocatie, kolom 3 'Doelwit' en kolom 4 'Consequentie' hadden een middelmatige overeenstemming. Kolom 5 'Maatregelen' kende met een kappa van 0,36 slechts een redelijke mate van overeenstemming.

Tabel 6.1 Tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid (Cohen's kappa) voor totale Pro-ACT, per kolom en categorie (n=126)

	Cohen's kappa \$
Pro-ACT totaal §	0,52 ***
Kolom 1: provocatie	0,51 ***
Lichamelijk contact	0,27 **
Begrenzen	0,45 ***
Problemen in de communicatie	0,60 ***
Veranderingen/moeten wennen	0,69 ***
Spannende gebeurtenis (bijvoorbeeld jarig, dokter)	0,65 ***
Frustraties	0,40 ***
Anders	n.v.t.
Kolom 2: middelen	0,53 ***
Verbale agressie	0,51 ***
Gebruiksvoorwerpen	0,42 ***
Delen van het lichaam	0,70 ***
Gevaarlijke objecten of methoden	0,49 ***
Kolom 3: doelwit	0,67 ***
Niets/niemand/onduidelijk	n.v.t.
Object(en)	0,55 ***
Ander kind	0,79 ***
Kind zelf	n.v.t. #
Medewerker(s)	0,67 ***
Andere personen	n.v.t.
Kolom 4: consequenties	0,59 ***
Geen	n.v.t.
Objecten	0,48 ***
Personen emotioneel	0,57 ***
Personen fysiek	0,73 ***
Anders	n.v.t.
Kolom 5: maatregelen	0,36 *
Geen	n.v.t.
Nonverbaal	0,52 ***
Verbaal	- 0,01
Milde dwang	0,23 *
Dwang	0,70 ***
Anders	n.v.t.

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05

\$ De categorieën die volgens beide beoordelaars in minder dan 1% van de 126 formulieren aan de orde waren en de categorieën 'Geen' en 'Anders' zijn bij de berekening van de gemiddelde kappa's niet meegenomen.

§ De gemiddelde kappa voor de totale Pro-ACT is het gemiddelde van de kappa's van alle categorieën.

n=<1%

Per *categorie* bekeken bleken 7 van de 21 categorieën (33,3%) te voldoen aan het criterium van een goede overeenstemming (kappa van 0,61 of hoger).

Twee van de categorieën met goede overeenstemming vielen binnen kolom 1 'Provocaties'. Het gaat om de categorieën 'Veranderingen/moeten wennen' (kappa 0,69) en 'Spannende gebeurtenis' (kappa 0,65). Een relatief lage overeenstemming kenden de categorieën 'Lichamelijk contact' (kappa 0,27) en 'Frustraties' (kappa 0,40). De overige categorieën binnen kolom 1 hadden een middelmatige overeenstemming.

Binnen kolom 2 'Middelen' had de categorie 'Delen van het lichaam' een goede overeenstemming (kappa 0,70). De overige categorieën hadden een middelmatige overeenstemming.

Twee van de drie categorieën binnen kolom 3 'Doelwit' bleken over een goede overeenstemming te beschikken, namelijk 'Ander kind' (kappa 0,79) en 'Medewerker(s)' (kappa 0,67). De categorie 'Objecten' kende een middelmatige overeenstemming (kappa 0,55).

Alleen de categorie 'Personen fysiek' had binnen kolom 4 'Consequenties' een goede mate van overeenstemming (kappa 0,73). De overige categorieën kenden een middelmatige overeenstemming.

Binnen kolom 5 'Maatregelen', die over het algemeen slechts een redelijke overeenstemming kende, was de overeenstemming binnen de categorie 'Dwang' goed (kappa 0,70). De categorie 'Non-verbaal' had een middelmatige overeenstemming (kappa 0,52). De overeenstemming binnen de categorieën 'Milde dwang' (kappa 0,23) en 'Verbaal' (kappa -0,01) hadden beide een lage mate van overeenstemming. Blijkbaar bestond er goede overeenstemming over de vraag of dwangmaatregelen, dat wil zeggen fysiek of ruimtelijk inperkende maatregelen, zijn gebruikt. Over de toepassing van mildere, vooral verbale, maatregelen bestond minder overeenstemming. Het ontbreken van overeenstemming binnen de categorie 'Verbaal' lijkt vooral voort te komen uit het feit dat pedagogisch medewerkers geen enkele keer het er samen over eens waren dat er 'geen' verbale interventie was ingezet. In ruim 94% van de 126 formulieren waren de pedagogisch medewerkers het erover eens dat wél een verbale interventie was gebruikt. In de overige 6% bestond geen overeenstemming over de vraag of al dan niet een verbale interventie was gedaan. Dit resulteerde in een lage kappa.

Tabel 6.2 Frequentie per antwoordmogelijkheid van de Pro-ACT (n=1029)

Kolom 1: Provocatie	Frequentie	Kolom 2: Middelen	Frequentie	Kolom 3: Doelwit
n=1026; 3 missing		n=1024; 5 missing		n=1012; 17 missing
Lichamelijk contact		Verbale agressie		D1 niets/niemand/onduidelijk
P1 Door kind naar bekend/onbekend persoon	123 (12,0%)	M1 Brutaal, schelden, gillen, krijsen	758 (74,0%)	D2 Object(en)
P2 Naar kind door bekend/onbekend persoon	52 (5,1%)	M2 Dreigementen uiten	338 (33,0%)	D3 Ander kind
Begrenzen		Gebruiksvoorwerpen		D4 Kind zelf
P3 Kind werd wens of verzoek geweigerd	202 (19,7%)	M3 Stool	79 (7,7%)	D5 Medewerker(s)
P4 Kind voelde zich afgewezen of niet gehoord	91 (8,9%)	M4 Glas/servies	14 (1,4%)	D6 Andere personen
P5 Kind werd begrensd of gecorrigeerd	518 (50,5%)	M5 Andere objecten	231 (22,6%)	
P6 Externe druk op kind om verplichtingen, taken te doen	120 (11,7%)	Delen van het lichaam		
P7 Gebrek aan omgevingsstructuur of –grenzen	32 (3,1%)	M6 Dreigende lichaamstaal	311 (30,4%)	
P8 Mensen toonden onzekerheid naar of angst voor kind	17 (1,7%)	M7 Handen (bijvoorbeeld slaan, knijpen, krabben, aan kleren trekken)	287 (28,0%)	
Problemen in de communicatie		M8 Voeten (bijvoorbeeld trappen)	265 (25,9%)	
P9 Kind was niet in staat de boodschap te begrijpen	54 (5,3%)	M9 Spugen	42 (4,1%)	
P10 Kind was niet in staat zijn/haar mening over te brengen	55 (5,4%)	M10 Tanden (bijvoorbeeld bijten)	56 (5,5%)	
P11 Kind leek te worden geleid door (angstige) gedachte, fantasie	31 (3,0%)	M11 Hoofd (bijvoorbeeld hoofdbonken, kopstoot)	35 (3,4%)	
Veranderingen/moeten wennen		M12 Lichaam anders	81 (7,9%)	
P12 Vaste medewerkers ontbraken (bijvoorbeeld vakantie of afscheid)	25 (2,4%)	Gevaarlijke objecten of methoden		
P13 Nieuw en onbekende medewerker(s) op de afdeling	49 (4,8%)	M13 Mes	11 (1,1%)	
P15 Kind was net terug van weekend of korte trip	35 (3,4%)	M14 Wurgpoging	7 (0,7%)	
P16 Ontslag/opname ander kind op de groep	12 (1,2%)	M15 Gevaarlijke objecten of methoden anders	20 (2,0%)	
P17 Wisseling van activiteiten	86 (8,4%)			
P19 Onverwachte situatie(s)	18 (1,8%)			
P20 Onrust op de afdeling	41 (4,0%)			
P22 Complicaties in het gezin	35 (3,4%)			
Personen				
P23 Sociale interactie met volwassene (bijvoorbeeld een familielid)	61 (5,9%)			
P24 Sociale interactie met andere kinderen (op groep, broer/zus)	160 (15,6%)			
P25 Eén-op-één-situatie met vrouwelijke volwassene	79 (7,7%)			
Spannende gebeurtenis (bijvoorbeeld jarig, dokter)				
P27 Op komst	40 (3,9%)			
P28 Vond plaats	41 (4,0%)			
Frustraties				
P29 Kind lukte iets niet	32 (3,1%)			
P30 Teleurstelling; horen van slecht nieuws	72 (7,0%)			
Anders				
P32 Medicatieverandering	10 (1,0%)			
P34 Andere direct aanwijsbare provocaties	89 (8,7%)			
P35 Geen direct aanwijsbare provocatie	54 (5,3%)			

Frequentie	Kolom 4: Consequenties		Frequentie	Kolom 5: Maatregelen			Frequentie
			n=976; 53 missing				n=1028; 1 missing
233 (23,0%)	Geen			Geen			
207 (20,5%)	C1 Geen	542 (55,5%)		MR1 Geen	6 (0,6%)		
313 (30,9%)	Objecten			Non-verbaal			
30 (3,0%)	C2 Beschadigd: vervanging niet noodzakelijk	35 (3,6%)		MR2 Bewust genegeerd	206 (20,0%)		
455 (44,9%)	C3 Beschadigd: vervanging noodzakelijk (kapot)	22 (2,3%)		MR3 Kind afgeleid	120 (11,7%)		
23 (2,3%)	Personen emotioneel			Verbaal			
	C4 Voelden zich bedreigd	253 (25,9%)		MR4 Gewenst gedrag benoemd	688 (66,9%)		
	C5 Emotioneel geraakt	113 (11,6%)		MR5 Kind toegesproken/consequenties gedrag benoemd	749 (72,9%)		
	Personen fysiek			MR6 Gesprek met kind	347 (33,8%)		
	C6 Pijn < 10 min.	92 (9,4%)		MR7 Waarschuwing(en) gegeven	542 (52,7%)		
	C7 Pijn > 10 min.	24 (2,5%)		Milde dwang			
	C8 Zichtbare verwondingen	29 (3,0%)		MR8 Kind licht vastgehouden (bijvoorbeeld arm, pols)	276 (26,8%)		
	C9 Behandeling noodzakelijk	1 (0,1%)		MR9 Naar (slaap-)kamer gestuurd zonder fysieke begeleiding/dwang	376 (36,6%)		
	C10 Behandeling door arts noodzakelijk	0 (0,0%)		Dwang			
	Anders			MR10 Naar (slaap-)kamer verplaatst (dwang) met fysieke begeleiding medewerker	265 (25,8%)		
	C11 Anders	44 (4,5%)		MR11 Ruimtelijke inperking op (slaap-)kamer	149 (14,5%)		
				MR12 Ruimtelijke inperking: time-out ruimte	117 (11,4%)		
				MR13 Krachtig vastgehouden (bijvoorbeeld holding, bundeling)	145 (14,1%)		
				Anders			
				MR14 Anders	96 (9,5%)		

6.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie

Belangrijkste bevindingen

Kenmerken van de agressieve incidenten

- Begrenzing was de voornaamste provocatie voor een kind om agressief gedrag te vertonen. In mindere mate gold dit ook voor interactie met andere personen.
- Brutaal gedrag, schelden, gillen of krijsen was in drie kwart van de agressieve incidenten aan de orde. Meestal was daarnaast ook ander agressief gedrag aan de orde.
- Medewerkers waren het vaakst het doelwit van de agressie.
- In ruim de helft van de incidenten was geen fysieke of emotionele schade aangericht of waargenomen. Minder, maar wel relatief vaak, ondervonden pedagogisch medewerkers of kinderen emotionele gevolgen. Zij voelden zich bedreigd of waren emotioneel geraakt.
- Gemiddeld zijn vier maatregelen per incident toegepast. Blijkbaar volgen medewerkers doorgaans een, al dan niet volgens een vaststaand patroon, opeenvolging aan maatregelen.
- Veruit het vaakst zijn verbale pedagogische maatregelen toegepast. Ook milde dwang was in ruim een kwart van de incidenten aan de orde.
- Van de inperkende maatregelen werd het kind onder dwang naar de (slaap-)kamer verplaatsen met fysieke begeleiding van de medewerker(s) relatief vaak toegepast, in ruim een kwart van de incidenten. De overige inperkende maatregelen waren in meer dan 10% aan de orde.

Tussenbeoordelaarbetroouwbaarheid

- Voor de Pro-ACT als totaal bleek een kappa van 0,52. Dit is een indicatie van een middelmatige tussenbeoordelaarbetroouwbaarheid.
- Een derde van de categorieën voldeed aan het criterium van een goede tussenbeoordelaarbetroouwbaarheid.

HOOFDSTUK 7

Veranderingen in de toepassing van inperkende maatregelen

7.1 Inleiding

De interventie die in dit proefschrift centraal staat richt zich op vermindering van het aantal agressieve incidenten waarbij fysieke of ruimtelijke inperkende maatregelen worden toegepast bij kinderen van 4 tot en met 12 jaar in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg.

In dit zevende hoofdstuk wordt onderzocht of van een afname in het gebruik van inperkende maatregelen na invoering van de interventie inderdaad sprake was. Dit is nagegaan door het aantal meldingen van incidenten met een inperkende maatregel te volgen gedurende de periode voorafgaand aan en na invoering van de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM).

Drie van de zes in Hoofdstuk 5 beschreven onderzoeksinstellingen konden voor de twee onderzoeksfasen registratiegegevens over het aantal inperkende maatregelen aanleveren. De overige drie instellingen konden dit niet. Twee van deze instellingen waren de beide jeugdzorg-instellingen die in het onderzoek zijn betrokken. Deze instellingen waren tevoren niet gewend om de incidenten te registreren op de manier zoals dit voor het onderzoek werd gevraagd. Het werd daarom als te belastend ervaren om het registreren gedurende de gehele onderzoeksperiode vol te houden. Dit gold eveneens voor één van de drie betrokken kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. Hoewel de medewerkers binnen deze instelling registreren wel waren gewend, was het voor hen te belastend dit gedurende het gehele onderzoek, naast de impact die de invoering van de IPAM had, vol te houden.

De drie instellingen die de registratiegegevens wel konden leveren zijn kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. Het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek betreft deze drie instellingen.

7.2 Methode

7.2.1 Onderzoeksgroep

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een groep kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode van 24 weken, dat wil zeggen gedurende zowel de pre-implementatiefase, de implementatiefase als de post-implementatiefase van elk acht weken, binnen de drie kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen verbleven. Dit betrof 31 kinderen (77,4% jongens). Hun gemiddelde startniveau op de CBCL subschaal Agressief gedrag was 14,6 (sd 9,6).

Het wegvallen van de vierde kinder- en jeugdpsychiatrische instelling is voor de analyses in dit hoofdstuk niet problematisch, omdat géén van de kinderen binnen deze instelling gedurende het hele onderzoek aanwezig was.

7.2.2 Uitkomstmaat en covariaten

Inperkende maatregelen

Als uitkomstmaat in dit onderzoek geldt het aantal incidenten met een inperkende maatregel per week. Hiertoe is gebruik gemaakt van de registratiesystemen die de instellingen al gewend waren bij te houden. Elke keer wanneer zich bij een kind een incident voordeed, waarbij gebruik werd gemaakt van een inperkende maatregel, werd dit door één van de betrokken pedagogisch medewerkers op datum geregistreerd op naam van dat kind. In het onderzoek is gewerkt met kindcodes in plaats van namen. Uit de gecodeerde registratiegegevens is vervolgens door de onderzoekers per kindcode het aantal incidenten binnen een week herleid.

In het onderzoek is geen onderscheid gemaakt in een fysieke of ruimtelijke inperking, omdat één van de drie betrokken onderzoeksinstellingen dit onderscheid in haar registratiegegevens niet maakte. Gekeken is naar het aantal incidenten waarbij sprake was van een ruimtelijke en/of fysieke inperking. Wanneer beide typen inperkingen tijdens een incident samen aan de orde waren is dit meegenomen als één incident.

Covariaten

Centraal staat de vraag of het aantal incidenten met een inperking per week in de pre-implementatiefase verschilt van het aantal incidenten met een inperking per week in de post-implementatiefase. De fase is daarom als covariaat in het onderzoek meegenomen. Als covariaten zijn daarnaast meegenomen het geslacht van het kind en het startniveau van agressieve gedragsproblemen bij aanvang van het onderzoek (rond week 1). Dit betreft de subschaal Agressief gedrag van de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Nederlandse vertaling Tick, Van der Ende, & Verhulst, 2007).

7.2.3 Statistische analyses

De uitkomstvariabele betreft het aantal incidenten met een inperkende maatregel per week. Omdat er per kind meerdere waarnemingen zijn, namelijk de

weken waarin de incidenten zijn geregistreerd, wordt gebruik gemaakt van multilevel Poisson regressie. De analyse is uitgevoerd met behulp van het programma Stata versie 11. De covariaat fase geeft het onderscheid weer tussen de waarnemingen in de pre- en post-implementatiefase. De modellen hebben twee niveaus:

- het hoogste niveau (2): het kind; en
- het tweede niveau (1): de herhaalde metingen.

De volgende modellen zijn getoetst: 1. basismodel zonder covariaten, 2. fase als enige covariaat in het model, 3. model met geslacht en startniveau van de agressieve gedragsproblemen als covariaten naast fase, 4. gelijk aan het derde model met toevoeging van de interactie van fase met startniveau van de agressieve gedragsproblemen.

Na schatting van het basismodel werd met behulp van de chi-kwadraattoets bepaald welk model met toevoeging van genoemde covariaten en interactie-effect het beste bij de data paste. De resultaten van dit uiteindelijke model worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

7.3 Resultaten

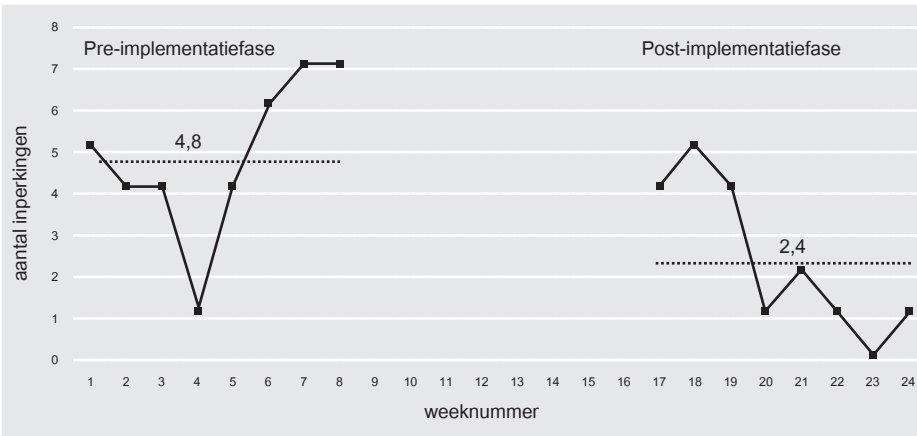
7.3.1 Aantal incidenten met een inperking

In de acht weken durende pre-implementatiefase vonden voor de 31 kinderen in totaal 38 incidenten met een inperking plaats. Dat wil zeggen gemiddeld 4,8 incidenten per week. De 38 incidenten betroffen 6 van de 31 kinderen in de onderzoeksgroep. Het totaal aantal incidenten dat deze 6 kinderen gedurende deze fase meemaakte varieerde tussen 1 en 11 incidenten per kind.

In de eveneens acht weken durende post-implementatiefase deden zich voor dezelfde 31 kinderen 19 incidenten met een inperkende maatregel voor, wat een gemiddelde van 2,4 per week betekent. De 19 incidenten betroffen eveneens 6 van de 31 kinderen. Het totaal aantal incidenten dat deze 6 kinderen gedurende deze fase meemaakte varieerde tussen 1 en 6 incidenten per kind. Bij 3 van deze 6 kinderen was in beide fasen sprake van incidenten met een inperking.

De afname van 38 naar 19 incidenten met een inperking betekende een halvering van het aantal incidenten van de pre-implementatiefase naar de post-implementatiefase. In Figuur 7.1 is het aantal incidenten per week visueel weergegeven.

Figuur 7.1 Aantal inperkingen per week (n=31)



Figuur 7.1 presenteert het aantal incidenten met een inperking per week over de 31 kinderen in de onderzoeksgroep. Deze aantallen zijn informatief als het gaat om de vraag of sprake is van een ontwikkeling in het aantal incidenten met inperking binnen deze specifieke onderzoeksgroep. Om het aantal incidenten binnen de onderzoeksgroep te kunnen vergelijken met de aantallen incidenten in andere onderzoeken, is het aantal inperkende maatregelen per 1000 dagelijks bezette bedden (patiëntdagen) het best te interpreteren (Bowers, 2000). Per fase waren er 1736 patiëntdagen (31 kinderen maal 8 weken). Omgerekend betekende dit, dat in de pre-implementatiefase sprake was van 22 incidenten met een inperkende maatregel per 1000 patiëntdagen en in de post-implementatiefase van 11 incidenten met een inperkende maatregel per 1000 patiëntdagen. Dit betekende eveneens precies een halvering. In Tabel 7.1 is het aantal incidenten met een inperkende maatregel per fase, week en 1000 patiëntdagen weergegeven.

Tabel 7.1 Incidenten met een inperkende maatregel per fase (n=31)

	Pre-implementatiefase	Post-implementatiefase
Totaal aantal incidenten met inperking per fase	38	19
Gemiddeld aantal incidenten met inperking per week	4,8	2,4
Aantal incidenten met inperking per 1000 patiëntdagen	22	11

7.3.2 Multilevel analyse

Met behulp van multilevel analyse is nagegaan of de halvering van het aantal incidenten met een inperkende maatregel per week een significant verschil aanduidde. Inderdaad bleek, gecorrigeerd voor geslacht en startniveau van de agressieve gedragsproblemen, sprake van een significant hoofdeffect van fase

($b=-0,69$; $p<0,05$). Dat betekende dat de halvering van het aantal incidenten met een inperking per week, zoals visueel is weergegeven in Figuur 7.1, dus significant was.

Het model met interactie-effect tussen fase en startniveau van de agressieve gedragsproblemen paste echter beter bij de data dan het model met alleen de covariaten. Op basis van dit interactie-model bleek, gecorrigeerd voor geslacht, sprake van een significant interactie-effect tussen fase en startniveau van de agressieve gedragsproblemen. Tabel 7.2 geeft de resultaten weer.

Tabel 7.2 Invloed van covariaten en interactie-effecten op verschil in aantal incidenten per week tussen pre- en post-implementatiefase ($n=31$)

Covariaten	B	SE
Fase	2,48 **	0,85
Startniveau agressie	0,22 **	0,07
Sekse	-1,38	1,68
Startniveau agressie * Fase	-0,14 ***	0,04

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$

De effecten van fase en startniveau van de agressieve gedragsproblemen waren op zichzelf niet langer relevant, omdat vanwege het interactie-effect in het model niet langer sprake was van op zichzelf staande hoofdeffecten. Het interactie-effect gaf aan dat sprake was van een verschil in de mate waarin het aantal incidenten met inperking veranderde voor de kinderen met relatief lage en hoge startniveaus van agressieve gedragsproblemen.

Bij de kinderen met een relatief laag startniveau van de agressie (tenminste 1 standaarddeviatie onder het gemiddelde van 14,6) was het gemiddeld aantal incidenten met een inperking per week in beide fasen 0 ($n=5$). Bij kinderen met een relatief hoog startniveau van de agressie (tenminste 1 standaarddeviatie boven het gemiddelde van 14,6) was sprake van een afname van het gemiddeld aantal incidenten met een inperking per week van 4,3 naar 0,6 ($n=7$). Bij kinderen met een relatief hoog startniveau van agressieve gedragsproblemen nam het aantal incidenten met een inperking per week dus sterker af dan bij kinderen met een relatief laag startniveau van agressieve gedragsproblemen.

7.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie

Belangrijkste bevindingen

- Het totaal aantal incidenten met een inperking was voor de 31 kinderen in de onderzoeksgroep gedurende de pre-implementatiefase 38 en gedurende de post-implementatiefase 19. Afgezet tegen het aantal patiëntdagen was in de pre-implementatiefase sprake van 22 incidenten met een inperking per 1000 patiëntdagen en in de post-implementatiefase 11 incidenten met een inperking per 1000 patiëntdagen. Er was in de drie betrokken onderzoeksinstellingen dus sprake van een halvering van het aantal incidenten met een inperking na invoering van de IPAM.
- Het gemiddeld aantal incidenten met een inperkende maatregel dat een kind per week meemaakte was in de pre-implementatiefase significant hoger dan in de post-implementatiefase.
- Bij kinderen met relatief hoge startniveaus van agressieve gedragsproblemen nam het aantal incidenten met een inperking per week sterker af dan bij kinderen met relatief lage startniveaus van agressieve gedragsproblemen, die geen of nauwelijks inperkende maatregelen meemaakten.

HOOFDSTUK 8

Veranderingen in agressief gedrag

8.1 Inleiding

Het primaire doel van de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM) is de afname van het aantal incidenten waarin gebruik wordt gemaakt van een fysieke en/of ruimtelijke inperkende maatregel. In het vorige hoofdstuk bleek een halvering. In dit achtste hoofdstuk wordt nagegaan of deze halvering samenging met veranderingen in het agressieve gedrag van de kinderen. Daarbij is onderzocht of de eventuele veranderingen samenhangen met de sector waarbinnen de kinderen verbleven: de kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg. Binnen interventieonderzoek is het belangrijk om na te gaan of de behandelintegriteit (Yeaton & Sechrest, 1981), dat wil zeggen de mate waarin hulpverleners een interventie uitvoeren zoals bedoeld, van invloed is op de resultaten. Daarom is ook onderzocht of de eventuele veranderingen in agressief gedrag samenhangen met de vraag of implementatie van de IPAM succesvol is verlopen. Omdat de behandelbehoeften van kinderen met reactieve en proactieve agressie verschillende kenmerken hebben (zie Hoofdstuk 4), is daarnaast onderzocht of de eventuele veranderingen in agressief gedrag samenhangen met de mate van reactieve of proactieve agressie bij aanvang van het onderzoek.

8.2 Methode

8.2.1 Onderzoeksgroep

De analyses werden uitgevoerd voor de 94 kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode van 24 weken, dat wil zeggen gedurende de pre-implementatiefase, de implementatiefase en de post-implementatiefase, in de onderzoeksinstellingen verbleven. In Hoofdstuk 5 zijn de kenmerken van deze kinderen beschreven. De kenmerken die voor dit achtste hoofdstuk relevant zijn worden

hier kort herhaald. 33% (n=31) van de kinderen verbleef binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en 67% (n=63) binnen de jeugdzorg. 73,4% (n=69) was van het mannelijke geslacht. De startniveaus van de agressieve gedragsproblemen (rond week 1) en hoe vaak de leefgroep waarbinnen de kinderen verbleven de IPAM voldoende of onvoldoende had geïmplementeerd staan in Tabel 8.1 weergegeven. Op geen van de kenmerken bleken significante verschillen tussen de sectoren.

Het gemiddelde startniveau op de CBCL subschaal Agressief gedrag van de 94 kinderen in de onderzoeksgroep lag dichterbij het gemiddelde van 16,6 (8,0) van een in de kinder- en jeugdpsychiatrie (dag)klinisch in behandeling zijnde groep van 83 kinderen met een gemiddelde leeftijd van 8,0 jaar (2,0) (Wielemaker, 2009) dan bij het gemiddelde van 5,2 (5,0) van 1855 kinderen met een gemiddelde leeftijd van 11,6 (3,7) in de algemene bevolking (Dekker, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2002).

Het gemiddelde startniveau van reactieve agressie volgens de PRPA lag tussen het gemiddelde van 9,7 (2,7) van een groep jongens met de gemiddelde leeftijd van 10,4 jaar (1,2) uit de algemene bevolking en het gemiddelde van 14,3 (2,9) van een klinische groep jongens met de gemiddelde leeftijd van 10,3 jaar (1,2) bij wie sprake was van ernstige gedragsproblemen (Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006). Ook lag het gemiddelde startniveau van proactieve agressie volgens de PRPA tussen het gemiddelde van 6,0 (1,0) van dezelfde groep jongens uit de algemene bevolking en het gemiddelde van 8,2 (2,0) van de klinische groep jongens met ernstige gedragsproblemen (Kempes e.a.).

Tabel 8.1 Kenmerken van de betrokken kinderen (n=94)

Kenmerk		Totaal (N%)
Implementatiegraad van leefgroep waar kind verblijft	Onvoldoende	32 (34,0)
	Voldoende	62 (66,0)
		Gemiddelde (sd)
Startniveau CBCL (week 1)	Agressief gedrag	13,4 (8,5)
Startniveau PRPA (week 1) 3 missing	Reactieve agressie	11,7 (3,9)
	Proactieve agressie	7,0 (2,3)

* Op geen van de kenmerken zijn verschillen gevonden tussen de sectoren.

8.2.2 Uitkomstmaten en covariaten

Agressieve gedragsproblemen

In Hoofdstuk 5 is reeds uiteengezet dat gedurende de pre-implementatiefase en gedurende de post-implementatiefase van elk acht weken wekelijks voor elk kind door één of twee pedagogisch medewerkers vier instrumenten over agressie zijn ingevuld: de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), waarvan voor dit onderzoek de subschaal Agressief gedrag is gebruikt, de *Social*

Dysfunction and Aggression Scale-9 (SDAS-9; *European Rating Aggression Group*, 1992), de *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS; Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1988) en de subschaal Relatiele agressie van de *Children's Social Behavior Scale-Teacher report* (CSBS-T; Crick, 1996). De instrumenten zijn in Hoofdstuk 5 uitvoerig beschreven. Tabel 8.2 herhaalt de meetpretentie kort.

De pedagogisch medewerkers die een vragenlijst voor een kind invulden varieerden per week door dienstwisseling. Van een vast patroon in de samenstelling van de groep informanten per week was zodoende geen sprake.

Tabel 8.2 Uitkomstmaten

Vragenlijsten	Meetpretentie
Child Behavior Checklist, subschaal Agressief gedrag	Agressieve gedragsproblemen
Social Dysfunction and Aggression Scale – 9	Agressie in klinische setting
Modified Overt Aggression Scale	Agressie in klinische setting
Children's Social Behavior Scale – Teacher report, subschaal Relatiele agressie	Relatiele agressie

Covariaten

Centraal staat de vraag of de agressiescores van de kinderen in de pre-implementatiefase verschilden van die in de post-implementatiefase. De fase is daarom als covariaat in het onderzoek meegenomen. Daarnaast zijn de volgende covariaten meegenomen: sector waarbinnen het kind verbleef, de pedagogisch medewerker die de vragenlijst invulde, geslacht van het kind, de mate van behandelintegriteit op de leefgroep waarbinnen het kind verbleef en startniveaus van reactieve en proactieve agressie bij aanvang van het onderzoek (rond week 1).

De variabele sector heeft twee categorieën, namelijk kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg.

De variabele implementatiegraad geeft in twee categorieën aan of de implementatie van de nieuwe interventie voldoende of onvoldoende succesvol is verlopen. In Hoofdstuk 5 is beschreven hoe de scores op de variabele implementatiegraad tot stand zijn gekomen.

De startniveaus van reactieve en proactieve agressie betroffen de subschalen Reactieve agressie en Proactieve agressie van de *Parent-rating scale for Reactive and Proactive Aggression* (PRPA; Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006). De scores op deze subschalen zijn gecentreerd rondom het gemiddelde van de 94 kinderen in de analyse, namelijk 11,7 voor reactieve agressie en 7,0 voor proactieve agressie.

Statistische analyses

Om na te gaan of er een verschil is in agressiescores tussen de pre- en post-implementatiefase is voor elke uitkomstmaat een multilevel analyse uitgevoerd.

Gebruik is gemaakt van het programma SPSS 17. De modellen hebben drie niveaus:

- het hoogste niveau (3): het kind;
- het tweede niveau (2): de herhaalde metingen;
- het laagste niveau (1): de beoordeling door één of twee pedagogisch medewerkers.

De ruwe schaalscores van elk van de genoemde instrumenten zijn in aparte analyses als uitkomstmaat meegenomen. De covariaat fase geeft het onderscheid weer tussen de scores in de pre- en post-implementatiefase.

Voor alle vier de uitkomstmaten werd dezelfde procedure gevolgd om tot het uiteindelijke model te komen. De volgende modellen zijn getoetst: 1. basismodel zonder covariaten, 2. fase als enige covariaat in het model, 3. model met de overige covariaten naast fase, 4. gelijk aan het derde model met toevoeging van de interactie-effecten.

Na schatting van de basismodellen werd met behulp van de chi-kwadraattoets bepaald welke modellen met toevoeging van genoemde covariaten en interactie-effect het beste bij de data pasten. De resultaten van de uiteindelijke modellen worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

Om inzicht te krijgen in het belang dat aan de verschillen in de scores tussen de pre- en post-implementatiefase gehecht kan worden, zijn effectgroottes berekend. Als maat is Cohen's d gebruikt. Deze kan variëren tussen de $-2,0$ en $+2,0$. Volgens de criteria van Cohen (1988) betekent een waarde kleiner dan $0,20$ een verwaarloosbaar klein effect, een waarde van $0,20$ tot $0,49$ een klein effect, een waarde tussen de $0,50$ en $0,79$ een middelgroot en een waarde boven de $0,80$ een groot tot zeer groot effect.

8.3 Resultaten

Het onderzoek toonde voor geen van de uitkomstmaten een hoofdeffect van fase. Dat wil zeggen dat de agressiescores tussen de pre- en post-implementatiefase op zichzelf niet significant van elkaar verschilden. Voor alle vier de uitkomstmaten bleken echter de modellen met toevoeging van de interactie-effecten het beste bij de data te passen. Met behulp van deze uiteindelijke interactiemodellen is het effect nagegaan van de sector waarbinnen de kinderen verbleven, de implementatiegraad en de startniveaus van reactieve en proactieve agressie op de verandering in de agressiescores over de fasen. Tabel 8.3 toont de resultaten.

Tabel 8.3 Invloed van covariaten en interactie-effecten op verschil in agressie tussen pre- en post-implementatiefase (n=94)

	CBCL agressief gedrag		SDAS-9		MOAS		CSBS-T relationele agressie	
Covariaten	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
Fase	-0,84 *	0,32	-1,13 ***	0,32	-0,40 ***	0,09	-0,31	0,17
Pedagogisch medewerkers	0,002 **	0,0008	0,003 ***	0,0008	0,0004	0,0002	0,0008	0,0004
Geslacht	0,98	0,94	1,44	0,86	0,24	0,21	0,01	0,37
Sector	-1,31	0,96	-0,07	0,89	0,09	0,22	-0,80 *	0,39
Implementatie- graad	0,26	0,95	-0,77	0,88	-0,36	0,22	1,74 ***	0,38
Startniveau proactieve agressie	-0,05	0,22	0,07	0,21	0,01	0,05	0,18 *	0,09
Startniveau reactieve agressie	1,02 ***	0,13	0,85 ***	0,12	0,19 ***	0,03	0,09	0,05
Sector*Fase	1,77 ***	0,51	1,65 **	0,50	0,49 ***	0,14	0,58 *	0,26
Implementatie- graad*Fase	0,90	0,48	0,97 *	0,47	0,36 **	0,13	0,17	0,25
Startniveau proactieve agressie*Fase	0,17	0,12	-0,05	0,12	0,02	0,03	0,03	0,06
Startniveau reactieve agressie*Fase	0,16 *	0,07	0,22 **	0,07	0,02	0,02	0,04	0,03

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05

Diverse significante effecten werden gevonden. De effecten van fase, sector, implementatiegraad en startniveau van reactieve of proactieve agressie zijn voor de onderzoeksvraag in dit hoofdstuk niet relevant, omdat vanwege de interactie-effecten in het model niet langer sprake is van op zichzelf staande hoofdeffecten. De interactie-effecten zijn wel relevant, omdat de interacties de relatie van de covariaten met de mate waarin de agressiescores over de fasen heen veranderen beschrijven.

8.3.1 Invloed van de sector

Tabel 8.3 laat op alle vier de uitkomstmaten significante interactie-effecten zien tussen fase en de sector waarbinnen de kinderen verbleven, wat weergeeft dat de verandering over de fasen verschildte per sector. Tabel 8.4 illustreert dat alleen bij de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) de agressiescores over de fasen heen afnamen. Bij de kinderen in de jeugdzorg (JZ) was sprake van een omgekeerde ontwikkeling. Binnen de jeugdzorg namen de agressiescores juist toe.

Tabel 8.4 Gemiddelde agressiescores (sd) per fase voor kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) en jeugdzorg (JZ)

Sector	CBCL agressief gedrag		SDAS-9		MOAS		CSBS-T relationele agressie	
	KJP	JZ	KJP	JZ	KJP	JZ	KJP	JZ
Pre-implementatiefase	10,3 (4,8)	9,8 (4,5)	8,1 (4,4)	6,5 (4,2)	5,6 (1,1)	5,0 (1,0)	2,7 (1,9)	2,9 (1,8)
Post-implementatiefase	8,9 (4,7)	10,2 (4,6)	7,1 (4,4)	7,2 (4,2)	5,3 (1,1)	5,2 (1,1)	2,4 (1,9)	3,2 (1,8)

* Op de MOAS verschilden de gemiddelde agressiescores in de pre-implementatiefase tussen de sectoren ($p < 0,001$).

De effectgroottes van de verschillen tussen de gemiddelden in de pre- en post-implementatiefase lagen voor de kinderen binnen de jeugdzorg onder de grens van 0,20. Effectgroottes onder deze grens worden door Cohen (1988) als verwaarloosbaar klein aangemerkt.

Voor de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie werd alleen op de subschaal Relationale agressie van de CSBS-T een verwaarloosbaar klein effect gevonden. Op de subschaal Agressief gedrag van de CBCL werd voor deze kinderen een klein effect gevonden (Cohen's d 0,29). Deze effectgrootte wil zeggen dat het gemiddelde kind in de post-implementatiefase lagere agressiescores had dan 60 tot 70% van de kinderen in de pre-implementatiefase. Lag het gemiddelde van 10,3 (4,8) van de kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie op deze subschaal tijdens de pre-implementatiefase dichtbij het gemiddelde van de klinische groep kinderen (Wielemaker, 2009), in de post-implementatiefase was dit niet langer het geval en lag de gemiddelde score van 8,9 (4,7) dichtbij het gemiddelde van de groep kinderen uit de algemene bevolking (Dekker e.a., 2002).

Ook op de SDAS-9 is voor de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie een klein effect gevonden (Cohen's d is 0,23). Er bleek sprake van een lichte afname van 8,1 (4,4) naar 7,1 (4,4). Ditzelfde gold voor de MOAS (Cohen's d 0,27). Op deze uitkomstmaat namen de agressiescores eveneens licht af van 5,6 (1,1) naar 5,3 (1,1).

8.3.2 Invloed van de implementatiegraad

Tabel 8.4 toont voor de SDAS-9 en de MOAS een significant interactie-effect tussen fase en implementatiegraad. Dit betekent dat de verandering over de fasen samenhangt met het gegeven of de implementatie van de IPAM wel of niet succesvol was verlopen. Voor beide uitkomstmaten gold dat voor de kinderen die op een leefgroep verbleven waar sprake was van een voldoende implementatiegraad de agressiescores licht toenamen. Bij kinderen die op een leefgroep verbleven waar de implementatie onvoldoende succesvol was verlopen namen de

agressiescores licht af. De effectgroottes van de veranderingen lagen voor beide groepen kinderen echter onder de 0,20 en zijn volgens de criteria van Cohen (1988) verwaarloosbaar klein.

Op de SDAS-9 en de MOAS is zowel een interactie-effect gevonden tussen fase en sector (zie ook Tabel 8.5) als tussen fase en implementatiegraad. Hoewel Tabel 8.1 geen significant verschil weergeeft in de implementatiegraad van de twee sectoren, werd de nieuwsgierigheid gewekt naar de vraag of op deze twee uitkomstmaten sprake was van een interactie tussen de drie covariaten fase, sector en implementatiegraad. Om dit te toetsen is aan het uiteindelijke multilevel-model een extra interactie-effect toegevoegd met daarin opgenomen de interactie tussen de drie covariaten. Het model paste niet beter bij de data dan het model zonder dit extra interactie-effect en toonde op zowel de SDAS-9 als de MOAS geen significant interactie-effect voor de drie covariaten. Van een significante relatie tussen fase, sector en implementatiegraad bleek dus geen sprake.

8.3.3 Invloed van reactieve en proactieve agressie bij aanvang

Tabel 8.4 toont tevens een significant interactie-effect tussen fase en het niveau van reactieve agressie bij aanvang van het onderzoek voor twee van de uitkomstmaten, namelijk de subschaal Agressief gedrag van de CBCL en de SDAS-9. De mate waarin de agressiescores afnamen blijkt te verschillen tussen de kinderen met een relatief laag en een relatief hoog startniveau van reactieve agressie. De verschillen zijn echter niet van grote betekenis. Voor beide uitkomstmaten zijn de effectgroottes voor zowel de kinderen met relatief lage als relatief hoge niveaus van reactieve agressie volgens de criteria van Cohen (1988) namelijk verwaarloosbaar klein. Van een interactie-effect met proactieve agressie bleek overigens geen sprake.

Op de subschaal Agressief gedrag van de CBCL en de SDAS-9 is zowel een interactie-effect gevonden tussen fase en sector als tussen fase en het startniveau van reactieve agressie. Hoewel Tabel 8.1 geen significant verschil weergeeft in het startniveau van reactieve agressie tussen de twee sectoren, werd de nieuwsgierigheid gewekt naar de vraag of op deze twee uitkomstmaten sprake was van een interactie tussen de drie covariaten fase, sector en startniveau van reactieve agressie. Om dit te toetsen is aan het uiteindelijke multilevel-model een extra interactie-effect toegevoegd met daarin opgenomen de interactie tussen de drie covariaten. Het model paste niet beter bij de data dan het model zonder dit extra interactie-effect en toonde op zowel de subschaal Agressief gedrag van de CBCL als de SDAS-9 geen significant interactie-effect voor de drie covariaten. Van een significante relatie tussen fase, sector en startniveau van reactieve agressie bleek dus geen sprake.

8.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie

Belangrijkste bevindingen

- Over de groep als geheel trad na implementatie van de IPAM geen verandering op in het agressieve gedrag van de kinderen.
- Per sector bekeken, bleek op alle vier de uitkomstmaten voor de kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie een afname in agressiescores na implementatie van de IPAM. Voor de kinderen in de jeugdzorg namen de agressiescores toe.
- Voor de kinderen binnen de jeugdzorg waren de effectgroottes volgens de criteria van Cohen (1988) verwaarloosbaar klein.
- Voor de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie was alleen op de subschaal Relationele agressie van de CSBS-T sprake van een verwaarloosbaar kleine effectgrootte.
- Op de subschaal Agressief gedrag van de CBCL was voor de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie sprake van een klein effect. Het gemiddelde op deze subschaal lag in de pre-implementatiefase dichterbij het gemiddelde van een klinische groep kinderen. In de post-implementatiefase lag deze dichterbij het gemiddelde van een groep kinderen in de algemene bevolking.
- Ook op de SDAS is voor de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie een klein effect gevonden. Ditzelfde gold voor de MOAS.
- De kinderen binnen een leefgroep waar de implementatie van de IPAM succesvol was verlopen, hadden na implementatie hogere agressiescores op de SDAS-9 en de MOAS dan voor implementatie. Voor de kinderen binnen een leefgroep met onvoldoende implementatie namen de agressiescores juist af. De effectgroottes van de veranderingen zijn voor beide groepen echter verwaarloosbaar klein.
- Op de subschaal Agressief gedrag van de CBCL en de SDAS-9 werd een verschil gevonden in de mate waarin na implementatie van de IPAM bij de kinderen met een relatief laag en een relatief hoog startniveau van reactieve agressie de agressie veranderde. De effectgroottes waren voor beide groepen kinderen echter verwaarloosbaar klein.

HOOFDSTUK 9

Veranderingen bij pedagogisch medewerkers

9.1 Inleiding

Wanneer agressief gedrag van de patiënt door medewerkers als kwetsend, destructief of inbreuk makend wordt beschouwd blijkt dit binnen de zorg voor volwassenen en verstandelijk beperkten samen te hangen met het vaker inzetten van inperkende maatregelen (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2007; Knotter, Stams, Jansen, & Moonen, 2008). Onderzoek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg op dit punt is niet bekend. Het is ook nog onbekend of verandering in de attitude hand in hand gaat met een verminderd gebruik van inperkende maatregelen (Knotter e.a.).

Op grond van de in Hoofdstuk 7 van dit proefschrift beschreven ongecontroleerde klinische *trial* bleek een halvering van het aantal incidenten waarbij gebruik werd gemaakt van een fysieke en/of ruimtelijke inperkende maatregel in de periode na implementatie van de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM) vergeleken met de periode voor implementatie. In dit negende hoofdstuk wordt nagegaan of deze afname in het aantal incidenten samenging met een veranderde manier waarop pedagogisch medewerkers agressief gedrag van de kinderen interpreteren. Onderzocht wordt of de attitudes die de pedagogisch medewerkers hebben over agressief gedrag na invoering van de IPAM veranderden. Mogelijk zijn pedagogisch medewerkers na invoering van de interventie agressief gedrag positiever gaan waarderen, bijvoorbeeld als gedrag dat nieuwe mogelijkheden biedt in de behandeling of begeleiding van een kind.

Omdat de agressie van patiënten in verband wordt gebracht met burn-outklachten (De Bode, 2003), verhoogde arbeidsuitval en een relatief groot verloop onder het personeel (Ten Wolde & Koorenhof, 2006; Knotter, Stams, Jansen, & Moonen, 2008), wordt in dit hoofdstuk ook onderzocht of de ervaren werkbelasting door pedagogisch medewerkers na invoering van de IPAM

veranderde. Dit is gedaan door te bekijken of de burn-outklachten van pedagogisch medewerkers veranderden en of het aantal ziekmeldingen in de pre- en post-implementatiefase van elkaar verschilden.

Onderzocht wordt of de eventuele veranderingen in attituden en ervaren werkbelasting van de pedagogisch medewerkers na invoering van de IPAM samenhangen met de sector (kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg) waarbinnen de pedagogisch medewerkers werkzaam waren. Tevens wordt onderzocht of de eventuele veranderingen in attituden en ervaren werkbelasting samenhangen met een al dan niet succesvol verloop van de implementatie van de IPAM op de leefgroep waar de pedagogisch medewerkers werkzaam waren. Eveneens wordt onderzocht of de veranderingen in attituden en werkbelasting samenhangen met het al dan niet voorafgaand aan het onderzoek gevolgd hebben van een cursus algemene fysieke en ruimtelijke agressiehantering en met het aantal jaren dat pedagogisch medewerkers binnen het werkveld van de (dag) klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg werkten. De voorkennis die medewerkers al over agressie en de hantering daarvan hadden, zou immers kunnen samenhangen met de resultaten.

9.2 Methode

9.2.1 Onderzoeksgroep

Het onderzoek werd uitgevoerd onder de 98 pedagogisch medewerkers die gedurende de totale periode van het onderzoek, dat wil zeggen gedurende de pre-implementatiefase, de implementatiefase en de post-implementatiefase, in de betrokken instellingen werkzaam waren en die zowel rond week 1 als rond week 24 van het onderzoek een schriftelijke vragenlijst invulden. In Hoofdstuk 5 zijn de kenmerken van de pedagogisch medewerkers besproken. De voor dit negende hoofdstuk relevante kenmerken worden hier kort herhaald. 57,1% (n=56) van de pedagogisch medewerkers was werkzaam binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en 42,9% (n=42) binnen de jeugdzorg. Tabel 9.1 geeft voor enkele kenmerken de scores weer. Op geen van de kenmerken bleek een significant verschil tussen de sectoren.

Tabel 9.1 Kenmerken van de betrokken pedagogisch medewerkers (n=98)

Kenmerk		Totaal (N%)
Jaren werkzaam in veld	0 tot 5 jaar	57 (58,2)
	Meer dan 5 jaar	41 (41,8)
Cursus agressiehantering	Ja	76 (77,6)
	Nee	22 (22,4)
Implementatiegraad	Onvoldoende	46 (46,9)
	Voldoende	52 (53,1)

* Op geen van de kenmerken zijn verschillen gevonden tussen de sectoren.

9.2.2 Uitkomstmaten en covariaten

In Hoofdstuk 5 zijn de verschillende uitkomstmaten uitgebreid aan de orde geweest. De uitkomstmaten die betrekking hebben op de onderzoeksvragen in dit negende hoofdstuk worden hieronder kort samengevat weergegeven.

Attituden over agressie

Om een eventuele verandering te meten in de attituden van de medewerkers over de agressie van de kinderen, vulden de pedagogisch medewerkers zowel aan de start van de pre-implementatiefase (rond week 1) als aan het einde van de post-implementatiefase (rond week 24) de *Attitudes Towards Inpatient Aggression* (ATAS; Jansen, Dassen, Burgerhof, & Middel, 2006) in. De ATAS brengt vijf typen van attituden over agressie onder medewerkers in kaart: agressie als beledigend gedrag, agressie als destructief gedrag, agressie als inbreukmakend gedrag, agressie als communicatief gedrag en agressie als beschermend gedrag.

Burn-outklachten

Om een eventuele verandering in ervaren werkbelasting na te gaan, vulden de pedagogisch medewerkers zowel aan de start van de pre-implementatiefase (rond week 1) als aan het einde van de post-implementatiefase (rond week 24) de *Utrechtse Burnout Schaal – voor contactuele beroepen* (UBOS-C; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000) in. Dit is de Nederlandse versie van de *Maslach Burnout Inventory* (MBI; Maslach & Jackson, 1986). De UBOS-C meet de mate van burn-out, een werkgerelateerde psychische vermoeidheidstoestand. De UBOS-C kent drie subschalen: Emotionele uitputting (het gevoel helemaal ‘op’ of ‘leeg’ te zijn als gevolg van het werk), Mentale distantie (een onpersoonlijke, onverschillige, negatieve en cynische houding ten opzichte van de mensen waarmee wordt gewerkt) en Competentie (het gevoel van persoonlijke bekwaamheid in het contact met anderen op het werk). De drie schaalscores samen vormen een Totalscore.

Ziekmeldingen

De ziekmeldingen van de pedagogisch medewerkers gedurende de pre- en post-implementatiefase en de reden daartoe zijn op een daartoe ontwikkeld formulier door de leidinggevers bijgehouden. Er is met gecodeerde gegevens gewerkt. Een zestal redenen voor ziekmelding is nagevraagd: langdurig ziek werk gerelateerd, langdurig ziek lichamelijke reden, langdurig ziek reden onbekend, kortdurend ziek werk gerelateerd, kortdurend ziek lichamelijke reden en kortdurend ziek reden onbekend. In het onderzoek is gebruik gemaakt van het totaal aantal langdurende en kortdurende werk gerelateerde ziekmeldingen. Deze door de leidinggevers bijgehouden ziekmeldingen betroffen de pre-implementatiefase en de post-implementatiefase.

Tevens is op een schriftelijke vragenlijst aan de start van de pre-implementatiefase (rond week 1) en aan het einde van de post-implementatiefase (rond week 24) aan de pedagogisch medewerkers zelf gevraagd of zij zich de afgelopen drie maanden hadden ziek gemeld ten gevolge van de agressie van een kind van de leefgroep. Anders dan de door de leidinggevende bijgehouden ziekmeldingen betroffen deze door de pedagogisch medewerkers zelf gerapporteerde ziekmeldingen dus de drie maanden voorafgaand aan week 1 van het onderzoek en de drie maanden voorafgaand aan de laatste week van het onderzoek (week 24). De drie maanden voorafgaand aan week 24 van het onderzoek betroffen de helft van de implementatiefase tot en met de gehele post-implementatiefase.

Tabel 9.2 Uitkomstmaten

Vragenlijsten en informatiebronnen	Meetpretentie
ATAS	Attituden over agressie van de kinderen
UBOS-C	Aan burn-out gerelateerde klachten
Ziekmeldingen afdelingsregistratie	Aantal werk gerelateerde ziekmeldingen
Ziekmeldingen zelfrapportage	Aantal aan agressie van (één van) de kinderen op de leefgroep gerelateerde ziekmeldingen

Covariaten

Voor het onderzoek naar de vraag of er na invoering van de IPAM veranderingen waren in de attituden ten aanzien van agressie en in de burn-outklachten zijn als covariaten in de analyse meegenomen de sector waarbinnen de pedagogisch medewerkers werkzaam waren (kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg), het aantal jaren dat iemand werkzaam was binnen de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg (0-5 jaar of >5 jaar) en de vraag of een pedagogisch medewerker voorafgaand aan het onderzoek een algemene cursus had gevolgd in fysieke en ruimtelijke agressiehantering. Tevens is de implementatiegraad (onvoldoende versus voldoende; zie voor nadere uitleg Hoofdstuk 5) één van de covariaten in het onderzoek. Omdat slechts 9 van de 98 betrokken pedagogisch medewerkers man was, is geslacht niet als covariaat meegenomen. Ook is opleidingsniveau vanwege een te geringe variatie in scores niet als covariaat meegenomen.

9.2.3 Statistische analyses

Om na te gaan of sprake was van een verandering in de attituden over het agressieve gedrag van de kinderen en in het niveau van burn-outklachten over de twee meetmomenten, is een multilevel analyse uitgevoerd met twee niveaus:

- het hoogste niveau (2): de pedagogisch medewerker;
- het laagste niveau (1): de herhaalde metingen.

Gebruik is gemaakt van het programma SPSS 17. Multilevel analyses werden uitgevoerd voor de vijf subschalen van de ATAS en voor de totale schaal en de drie subschalen van de UBOS-C. De ruwe schaalscores van elk van de genoemde instrumenten zijn in aparte analyses als uitkomstmaat meegenomen. De covariaat fase geeft het onderscheid weer tussen de scores in de pre- en post-implementatiefase.

Voor alle uitkomstmaten werd dezelfde procedure gevolgd om tot het uiteindelijke model te komen. De volgende modellen zijn getoetst: 1. basismodel zonder covariaten, 2. fase als enige covariaat in het model, 3. model met de overige covariaten naast fase, 4. gelijk aan het derde model met toevoeging van de interactie-effecten.

Na schatting van de basismodellen is met behulp van de chi-kwadraattoets bepaald welke modellen met toevoeging van genoemde covariaten en interactie-effect het beste bij de data pasten. De resultaten van de uiteindelijke modellen worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

Om inzicht te krijgen in het belang dat aan de eventuele verschillen in de scores tussen de pre- en post-implementatiefase gehecht kan worden, zijn effectgroottes berekend. Als maat is Cohen's d gebruikt. Deze kan variëren tussen de $-2,0$ en $+2,0$. Volgens de criteria van Cohen (1988) betekent een waarde kleiner dan $0,20$ een verwaarloosbaar klein effect, een waarde van $0,20$ tot $0,49$ een klein effect, een waarde tussen de $0,50$ en $0,79$ een middelgroot en een waarde boven de $0,80$ een groot tot zeer groot effect.

Of het aantal ziekmeldingen over de fasen heen veranderde, is nagegaan met de McNemar-toets. Dit is een non-parametrische toets voor het vergelijken van afhankelijke gegevens, hier twee tijdstippen, over twee gerelateerde groepen.

9.3 Resultaten

9.3.1 Attituden over agressie

Met behulp van de ATAS is de attitude van de pedagogisch medewerkers over de agressie van de kinderen op de twee meetmomenten nagegaan. Voor de subschaal Beledigend gold dat het model met de interactie-effecten de beste fit had. Voor de overige subschalen had het model met toevoeging van alleen de covariaten, dus zonder de interactie-effecten, de beste fit. Met behulp van de uiteindelijke modellen is per schaal het effect nagegaan van de covariaten en/of interactie-effecten op de verandering in attituden over de fasen. Tabel 9.3 toont de resultaten.

Tabel 9.3 Invloed van covariaten en interactie-effecten op verschil in ATAS-scores tussen week 1 en week 24 (n=98)

	Beledigend		Destructief		Inbreukmakend		Communicatief		Beschermend	
Covariaten	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
Fase	2,10 *	0,96	0,23	0,25	-0,24	0,26	-0,31	0,22	0,26	0,19
0-5 of >5 jaar werkzaam	1,41	0,95	0,34	0,39	0,78 *	0,36	-0,39	0,38	-0,13	0,27
Cursus agressiehantering	-1,18	1,16	0,12	0,48	-0,03	0,44	1,40 **	0,46	0,08	0,34
Sector	-0,11	0,97	0,16	0,40	-0,34	0,36	0,51	0,39	0,41	0,28
Implementatiegraad	-0,53	0,99	-0,43	0,41	-0,17	0,37	0,99 *	0,40	0,52	0,29
0-5 of >5 jaar werkzaam*fase	-0,84	0,85								
Cursus agressiehantering*fase	0,46	1,04								
Sector*fase	-1,21	0,87								
Implementatiegraad*fase	-2,19 *	0,89								

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

De tabel toont enkele significante effecten. Alleen een hoofdeffect van fase en een significant interactie-effect zijn relevant voor de vraag naar verandering over de fasen. Een hoofdeffect van fase is niet gevonden. Dat wil zeggen dat de ATAS scores over de pre- en post-implementatiefase op zichzelf niet significant veranderden. Het effect van fase op de subschaal Beledigend is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag niet relevant, omdat vanwege de interactie-effecten in het model niet langer sprake is van een op zichzelf staand hoofdeffect.

Een significant interactie-effect beschrijft de relatie van de covariaat met de mate waarin de ATAS-scores over de fasen heen veranderen. Op de subschaal Beledigend was sprake van een significant interactie-effect tussen implementatiegraad en fase. Wanneer implementatie van de IPAM onvoldoende succesvol was verlopen, nam de mate waarin pedagogisch medewerkers agressie als beledigend of kwetsend ervoeren toe van 20,7 (5,6) naar 21,6 (5,6). De effectgrootte is volgens de criteria van Cohen (1988) echter verwaarloosbaar klein. De score verschilt in beide fasen ook niet van het gemiddelde van 18,2 (5,0) van Nederlandse psychiatisch verpleegkundigen en studenten volgens Jansen, Middel en Dassen (2005).

Was de implementatie juist voldoende goed tot stand gekomen, dan nam de mate waarin de pedagogisch medewerkers de agressie als beledigend of kwetsend ervoeren af van 23,4 (4,8) naar 22,1 (4,9). Volgens de criteria van Cohen is sprake van een klein effect (Cohen's d is 0,27). Dat wil zeggen dat de gemiddelde pedagogisch medewerker die werkzaam was op een leefgroep waar implementatie voldoende goed tot stand was gekomen in de post-implementatiefase agressie minder als beledigend of kwetsend beschouwde als 60 tot 70% van dezelfde

pedagogisch medewerkers in de pre-implementatiefase. De gemiddelde score op de subschaal Beledigend van de ATAS viel in de pre-implementatiefase meer dan een standaarddeviatie boven het genoemde gemiddelde van Nederlandse psychiatrisch verpleegkundigen en studenten. In de post-implementatiefase week het gemiddelde van de pedagogisch medewerkers die op een leefgroep werkten met voldoende implementatie niet langer af van het gemiddelde van Nederlandse psychiatrisch verpleegkundigen en studenten.

Overigens bleken medewerkers op een leefgroep waar implementatie voldoende tot stand was gekomen bij aanvang van het onderzoek agressie als meer beledigend of kwetsend te ervaren dan medewerkers op een leefgroep met onvoldoende implementatie ($p < 0,05$).

9.3.2 Burn-outklachten

Met behulp van de UBOS-C is de mate van burn-out, een werkgerelateerde psychische vermoeidheidstoestand, op de twee meetmomenten nagegaan. Voor de subschaal Competentie bleek het model dat naar het hoofdeffect van fase kijkt het beste model. Voor de totale UBOS-C score en voor de subschaal Emotionele uitputting gold dat het model met de interactie-effecten het beste bij de data paste. Voor de subschaal Mentale distantie was het model met toevoeging van alleen de covariaten, dus zonder de interactie-effecten, het beste. Met behulp van de uiteindelijke modellen is per schaal het effect nagegaan van de covariaten en/of interactie-effecten op de verandering in burn-outklachten over de fasen. Tabel 9.4 geeft de resultaten weer.

Tabel 9.4 Invloed van covariaten en interactie-effecten op verschil in UBOS-C scores week 1 en week 24 (n=98)

	Totaal		Emotionele uitputting		Mentale distantie		Competentie	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
Covariaten								
Fase	0,008	0,08	0,03	0,13	-0,02	0,05	-0,08	0,06
Sector	0,09	0,08	0,32	0,16	0,05	0,11		
0-5 of >5 jaar werkzaam	-0,11	0,08	-0,24	0,16	0,06	0,10		
Cursus agressiehantering	-0,05	0,10	0,07	0,20	-0,22	0,13		
Implementatiegraad	-0,05	0,08	-0,05	0,17	0,12	0,11		
Sector*fase	-0,10	0,07	-0,26 *	0,12				
0-5 of >5 jaar werkzaam*fase	0,13	0,07	0,33 **	0,12				
Cursus agressiehantering*fase	-0,22 *	0,09	-0,20	0,14				
Implementatiegraad*fase	-0,05	0,07	-0,11	0,12				

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

De tabel toont enkele significante effecten. Alleen een eventueel hoofdeffect van fase en de significante interactie-effecten zijn relevant voor de vraag naar

verandering over de fasen. Een hoofdeffect van fase is niet gevonden. Dat wil zeggen dat de UBOS-C scores op zichzelf tussen de pre- en post-implementatiefase niet significant verschilden.

Op de totale schaal van de UBOS-C werd een significant interactie-effect gevonden tussen fase en het voorafgaand aan het onderzoek hebben gevolgd van een algemene cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering. Het interactie-effect geeft weer dat bij de pedagogisch medewerkers die een dergelijke cursus niet hadden gevolgd de burn-outklachten over de fasen heen toenamen van 2,0 (0,4) naar 2,2 (0,4). De effectgrootte is volgens de criteria van Cohen (1988) nog net klein negatief (Cohen's d is -0,49). Dat wil zeggen dat de gemiddelde pedagogisch medewerker die voorafgaand aan het onderzoek geen algemene cursus agressiehantering hadden gevolgd in de post-implementatiefase meer burn-outklachten hadden dan 60 tot 70% van dezelfde pedagogisch medewerkers in de pre-implementatiefase. De handleiding van de UBOS-C geeft geen normscores weer voor de totale UBOS-C score. Het is daarom onduidelijk hoe de verandering in klinisch opzicht is te interpreteren. Bij pedagogisch medewerkers die een dergelijke cursus wel hadden gevolgd, bleef het niveau van burn-outklachten stabiel op 2,3 (0,4). Overigens bleek bij aanvang van het onderzoek dat medewerkers die een algemene cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd significant meer burn-outklachten hadden dan medewerkers die een dergelijke cursus niet hadden gevolgd ($p < 0,05$).

Op de subschaal Emotionele uitputting van de UBOS-C werden significante interactie-effecten gevonden tussen fase en de sector waar een pedagogisch medewerker werkzaam was en tussen fase en het aantal jaren dat een pedagogisch medewerker werkzaam was binnen de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg. Bij pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie nam de emotionele uitputting licht toe van 1,2 (1,0) naar 1,4 (1,0). De effectgrootte is volgens de criteria van Cohen klein negatief (Cohen's d is -0,20). Het gemiddelde week in beide fasen niet af van het gemiddelde van 1,8 (1,0) van een Nederlandse normgroep die werkzaam is in de gezondheids- en welzijnszorg en politie en justitie, maar wel van het gemiddelde van 3,6 (1,0) van de groep werkenden met burn-outklachten (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). Bij de medewerkers binnen de jeugdzorg veranderde de mate van emotionele uitputting niet. Ook het gemiddelde van de medewerkers binnen de jeugdzorg week niet af van het gemiddelde van de genoemde Nederlandse normgroep. Bij aanvang van het onderzoek verschilden de mate van emotionele uitputting tussen medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg niet significant.

Daarnaast bleken pedagogisch medewerkers die 5 jaar of korter binnen het (dag)klinische veld werkzaam waren vrijwel stabiel te blijven in de mate waarin zij te maken hadden met een gevoel van emotionele uitputting. Bij pedagogisch medewerkers die langer dan 5 jaar binnen het werkveld werkzaam waren, nam de emotionele uitputting toe van 1,1 (0,9) naar 1,4 (0,9). De effectgrootte is

volgens de criteria van Cohen klein (Cohen's d is $-0,33$). Het gemiddelde week onveranderd niet af van de genoemde Nederlandse normgroep. Bij aanvang van het onderzoek verschilde de mate van emotionele uitputting tussen medewerkers die korter of langer dan 5 jaar binnen het werkveld werkzaam waren overigens niet significant.

Op de subschaal Emotionele uitputting is dus zowel een interactie-effect gevonden tussen fase en sector als tussen fase en het aantal jaren dat een pedagogisch medewerker werkzaam was binnen het (dag)klinisch werkveld. Hoewel Tabel 9.1 geen significant verschil weergeeft in het aantal jaren dat medewerkers van de twee sectoren in het veld werkzaam waren, werd de nieuwsgierigheid gewekt of op deze subschaal sprake was van een interactie tussen de drie covariaten fase, sector en aantal jaren werkzaam in het (dag)klinisch werkveld. Om dit te toetsen is aan het uiteindelijke multilevel-model een extra interactie-effect toegevoegd met daarin opgenomen de interactie tussen de drie covariaten. Het model paste niet beter bij de data dan het model zonder dit extra interactie-effect en toonde geen significant interactie-effect voor de drie covariaten. Van een significante relatie tussen fase, sector en aantal jaren werkzaam in het (dag)klinische veld bleek dus geen sprake.

9.3.3 Ziekmeldingen

Tabel 9.5 en 9.6 geven het aantal ziekmeldingen weer gedurende de pre- en post-implementatiefase. Tabel 9.5 presenteert het aantal werk gerelateerde ziekmeldingen volgens de officiële cijfers van de leidinggevendenden gedurende de pre- en post-implementatiefase. Tabel 9.6 geeft het aantal door pedagogisch medewerkers zelfgerapporteerde aan agressie gerelateerde ziekmeldingen weer in de drie maanden voorafgaand aan de start van het onderzoek en in de drie maanden voorafgaand aan het einde van het onderzoek. Zowel volgens de officiële cijfers als volgens de zelfrapportage verschilde het aantal ziekmeldingen tussen de fasen niet significant.

Tabel 9.5 Ziekmeldingen volgens officiële cijfers (werk gerelateerd) (n=89; 9 missing)

	Pre-implementatiefase		Post-implementatiefase	
	N	%	N	%
Ja	0	0	1	1,1
Nee	89	100	88	98,9

Tabel 9.6 Ziekmeldingen volgens zelfrapportage (agressie gerelateerd) (n=97; 1 missing)

	Drie maanden voor de start van het onderzoek (week 1)		Drie maanden voor het einde van het onderzoek (week 24)	
	N	%	N	%
Ja	3	3,1	0	0
Nee	94	96,9	97	100

9.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie

Belangrijkste bevindingen

- Over de groep als geheel trad na implementatie van de IPAM geen verandering op in de attitudes van pedagogisch medewerkers over het agressieve gedrag van de kinderen op de leefgroep. Ook trad geen verandering op in de aan burn-out gerelateerde klachten en het aantal officiële en zelfgerapporteerde aan werk of agressie gerelateerde ziekmeldingen.
- Pedagogisch medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep waar de implementatie van de IPAM onvoldoende succesvol was verlopen, gingen de agressie van de kinderen over de fasen heen meer als beledigend of kwetsend gedrag beschouwen. De effectgrootte is volgens de criteria van Cohen (1988) echter verwaarloosbaar klein.
- Was de implementatie voldoende van de grond gekomen, dan nam de mate waarin de agressie van de kinderen als beledigend of kwetsend werd beschouwd na implementatie juist af. De effectgrootte is klein. In de pre-implementatiefase viel het gemiddelde van deze groep pedagogisch medewerkers meer dan een standaarddeviatie boven het gemiddelde van Nederlandse psychiatrisch verpleegkundigen en studenten. In de post-implementatiefase week het gemiddelde niet langer af van het gemiddelde van Nederlandse psychiatrisch verpleegkundigen en studenten.
- Het algemene niveau van burn-outklachten nam bij pedagogisch medewerkers die voorafgaand aan het onderzoek geen algemene cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd, na implementatie toe. De effectgrootte is nog net klein. Bij pedagogisch medewerkers die een dergelijke cursus wel hadden gevolgd, bleef het niveau van burn-out stabiel.
- Bij pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie nam de emotionele uitputting na implementatie toe. De effectgrootte is klein. Binnen de jeugdzorg bleef de emotionele uitputting stabiel.
- Bij pedagogisch medewerkers die langer dan 5 jaar werkzaam waren in het (dag)klinisch werkveld nam de emotionele uitputting na implementatie toe. De effectgrootte is klein. Bij pedagogisch medewerkers die 5 jaar of korter binnen dit veld werkzaam waren veranderde de mate van emotionele uitputting niet.

HOOFDSTUK 10

Klinische opbrengsten en suggesties ter verbetering

10.1 Inleiding

Wat betreft de implementatie van nieuwe interventies voor de jeugdzorg, is de afgelopen decennia steeds meer de nadruk komen te liggen op een combinatie van *evidence based* en *practice based* werken (Van Yperen & Veerman, 2008). In Hoofdstuk 4 van dit proefschrift is nader op het onderscheid ingegaan. Verantwoord is op welke *evidence* en *practice based* inzichten de Individuele Proactieve Agressiehantingsmethode (IPAM) is gebaseerd. Aangezien de combinatie van de twee componenten bij uitstek bijdraagt aan de werkzaamheid van een interventie, behoort ook de evaluatie van een nieuwe interventie recht te doen aan beide componenten. De empirische opbrengsten (*evidence*) van de IPAM zijn in voorgaande hoofdstukken beschreven. Dit hoofdstuk betreft de kwalitatieve evaluatie (*practice*).

In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe de pedagogisch medewerkers het nut en de opbrengsten van het werken met de IPAM beoordeelden. Onderzocht wordt daarbij of pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie verschilden in hun ervaringen van pedagogisch medewerkers die werkzaam waren binnen de jeugdzorg. Ook wordt onderzocht of pedagogisch medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep waar de implementatie van de IPAM onvoldoende tot stand was gekomen, verschilden in hun ervaringen ten opzichte van pedagogisch medewerkers die werkten op leefgroepen met voldoende implementatie. Ditzelfde gebeurt voor medewerkers die voorafgaand aan het onderzoek wel of niet een cursus algemene fysieke en ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd en voor medewerkers die 5 jaar of korter of langer dan 5 jaar werkzaam waren binnen het werkveld van de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg. De voorkennis

die medewerkers al over agressie en de hantering daarvan hadden zou immers kunnen samenhangen met de manier waarop zij het nut, de meerwaarde en de opbrengsten van de IPAM evalueerden.

In het tweede deel van dit hoofdstuk worden de suggesties behandeld die pedagogisch medewerkers deden ter optimalisering van de IPAM. De suggesties kunnen in een later stadium worden meegenomen bij het vervolmaken van de interventie. De IPAM is een nieuwe interventie, die voorafgaand aan het onderzoek alleen kleinschalig was toegepast binnen de kinderkliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia. Hoe medewerkers van instellingen die niet bij de ontwikkeling van de interventie betrokken waren de IPAM beoordeelden en welke suggesties zij gaven ter verbetering, is daarom van belang.

Tot slot van dit hoofdstuk wordt een casus beschreven om de klinische opbrengsten die het werken met de IPAM op casusniveau kan opleveren te illustreren.

10.2 Methode

10.2.1 Onderzoeksgroep

Het deelonderzoek naar het nut en de opbrengsten van de IPAM is uitgevoerd onder de 98 pedagogisch medewerkers die zowel rond de eerste week (week 1) van de pre-implementatiefase als rond de laatste week (week 24) van de post-implementatiefase een schriftelijke vragenlijst invulden. Zij waren gedurende de gehele onderzoeksperiode in één van de onderzoeksinstellingen werkzaam. In Hoofdstuk 5 zijn de kenmerken van deze medewerkers beschreven. De voor dit tiende hoofdstuk belangrijkste kenmerken worden hier herhaald. 57,1% (n=56) van de pedagogisch medewerkers was werkzaam binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en 42,9% (n=42) binnen de jeugdzorg. 58,2% (n=57) van de pedagogisch medewerkers was 0 tot 5 jaar werkzaam binnen het (dag)klinische werkveld en 41,8% (n=41) langer dan 5 jaar. 46,9% (n=46) van de pedagogisch medewerkers was werkzaam op een leefgroep waar de implementatie van de IPAM onvoldoende tot stand was gekomen en 53,1% (n=52) op een leefgroep waar de implementatie wel voldoende was. 77,6% (n=76) van de pedagogisch medewerkers had voorafgaand aan het onderzoek een algemene cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering gevolgd en 22,4% (n=22) volgde deze cursus niet. Er zijn geen verschillen gevonden in kenmerken van pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg.

Voor het deelonderzoek naar suggesties ter verbetering van de interventie is gebruik gemaakt van de informatie die is verkregen van alle 122 pedagogisch medewerkers die de vragenlijst aan het einde van de onderzoeksperiode (rond week 24) invulden. Aanvullend is gebruik gemaakt van de informatie die is verzameld tijdens de twee teamoverleggen in de implementatiefase en de drie teamoverleggen in de post-implementatiefase die plaatsvonden als onderdeel

van de IPAM. 58,2% (n=71) van de 122 pedagogisch medewerkers was werkzaam binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en 41,8% (n=51) binnen de jeugdzorg.

10.2.2 Uitkomstmaten en covariaten

In Hoofdstuk 5 zijn de verschillende uitkomstmaten in dit onderzoek reeds uitgebreid aan de orde geweest. De uitkomstmaten die dit tiende hoofdstuk betreffen worden hieronder kort samengevat weergegeven.

Nut en opbrengsten van de interventie

Om het nut en de opbrengsten van de IPAM na te gaan is na afloop van de post-implementatiefase (rond week 24) bij pedagogisch medewerkers een zelfontwikkelde, gestandaardiseerde, schriftelijke vragenlijst afgenomen. Deze vraagt op een vijfpuntsschaal (1 helemaal mee oneens, 2 mee oneens, 3 weet niet, 4 mee eens en 5 helemaal mee eens) stellingen te beoordelen over de mate waarin de IPAM en de afzonderlijke elementen van de IPAM nuttig zijn. Tevens wordt nagevraagd welke specifieke opbrengsten de interventie oplevert voor het werken op de leefgroep.

Suggesties ter verbetering van de interventie

Op de zelfontwikkelde schriftelijke gestandaardiseerde vragenlijst werd de pedagogisch medewerkers tevens gevraagd naar suggesties ter optimalisatie van de IPAM. Gebruik is gemaakt van alle vragenlijsten die aan het einde van de post-implementatiefase (rond week 24) zijn ingevuld. Dat wil zeggen dat de vragenlijsten van alle 122 pedagogisch medewerkers zijn meegenomen in dit onderzoek. Van de 122 pedagogisch medewerkers die de vragenlijst invulden, gaven 51 pedagogisch medewerkers één of meer suggesties ter verbetering van de interventie.

Dezelfde vraag naar suggesties ter verbetering werd gesteld tijdens de twee teamoverleggen in de implementatiefase en de drie teamoverleggen in de post-implementatiefase. De suggesties die naar voren kwamen tijdens de teamoverleggen in de implementatiefase, werden door de daarbij aanwezige instructeur genotuleerd. Bij de teamoverleggen in de post-implementatiefase was de instructeur niet aanwezig. De suggesties die tijdens deze overleggen werden gedaan, werden door de leidinggevendenden van de teams genoteerd op het daartoe ontwikkelde Terugkoppelingsformulier.

Tabel 10.1 Uitkomstmaten

Informatiebronnen	Meetpretentie
Zelfontwikkelde gestructureerde vragenlijst (n=98)	Nut en opbrengsten van de interventie
Zelfontwikkelde gestructureerde vragenlijst + Teamoverleggen (n=122)	Suggesties ter optimalisering van de interventie

Covariaten

Bij het onderzoek naar het nut en de opbrengsten van het werken met de IPAM is nagegaan of de sector waarbinnen de 98 in dit deelonderzoek betrokken pedagogisch medewerkers werkzaam waren (kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg) en de implementatiegraad van de leefgroep (zie Hoofdstuk 5) uitmaakten voor de resultaten. Ditzelfde gebeurde voor medewerkers die voorafgaand aan het onderzoek al dan niet een cursus algemene fysieke en ruimtelijke agressiehantering volgden en voor medewerkers die tussen de 0 en 5 jaar of langer dan 5 jaar werkzaam waren binnen het veld van de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg. Omdat maar 9 van de 98 pedagogisch medewerkers man was, is geslacht niet als covariaat meegenomen. Ditzelfde geldt voor het opleidingsniveau.

10.2.3 Statistische analyses

Voor het deelonderzoek naar het nut en de opbrengsten van de IPAM konden de pedagogisch medewerkers per stelling op een vijfpuntsschaal (1 helemaal mee oneens, 2 mee oneens, 3 weet niet, 4 mee eens en 5 helemaal mee eens) aangeven in hoeverre zij het met de stelling eens waren. Voor de analyses zijn de antwoordcategorieën teruggebracht tot drie categorieën: 1 oneens, 2 weet niet en 3 eens. Voor elke stelling is met behulp van de chi-kwadraattoets nagegaan of pedagogisch medewerkers met verschillende kenmerken het nut en de opbrengsten van de interventie anders beoordeelden. Gebruik is gemaakt van het programma SPSS 17.

Voor het deelonderzoek naar de suggesties ter verbetering van de IPAM is de beschikbare informatie op een beschrijvende wijze geanalyseerd. Alle op de vragenlijsten en tijdens de teamoverleggen genoemde suggesties zijn geordend op thema. Hierna is gescoord hoe vaak de suggesties binnen een thema zijn genoemd. Elke suggestie, die door een pedagogisch medewerker of door een team werd gegeven, is meegeteld. Suggesties die de overlapping van registratiesystemen (zowel het invullen van de Pro-ACT als het registratieformulier van inperkende maatregelen van de instellingen zelf) of tijdgebrek betroffen zijn niet meegenomen in het overzicht. Deze hebben immers niet direct betrekking op de interventie zelf. Het merendeel van de genoemde suggesties werd slechts door 1 of 2 van de pedagogisch medewerkers of teams geopperd. Dit hoofdstuk bespreekt de suggesties die tenminste 3 keer door pedagogisch medewerkers of teams zijn genoemd.

10.3 Resultaten

10.3.1 Nut en opbrengsten van de interventie

Nut van de interventie

Aan de pedagogisch medewerkers is gevraagd in hoeverre, naar hun ervaring, de IPAM als geheel en de afzonderlijke kernelementen van de interventie nuttig zijn. De resultaten staan in Tabel 10.2.

Tabel 10.2 Nut van de interventie zoals beoordeeld door pedagogisch medewerkers (n=98)

	Oneens (%)	Weet niet (%)	Eens (%)
Interventie algemeen			
Het werken met de IPAM heeft een meerwaarde.	5,4	10,9	83,7
Met de interventie heb ik iets in handen dat mij en mijn team helpt in het omgaan met de agressie van de kinderen op de groep.	7,6	19,6	72,8
Individuele agressiehanteringsplan (IAP)			
Ik blijf graag met het IAP werken.	10,0	11,1	78,9
Pro-ACT			
Ik blijf graag met de Pro-ACT werken.	21,5	29,0	49,5
De schema's zijn inzichtgevend en/of nuttig.	16,1	16,1	67,8
De Pro-ACT levert meer op dan dat het aan investering vraagt om in te vullen.	39,6	25,0	35,4
Als de instelling waarvoor ik werk besluit met de Pro-ACT te blijven werken, wil ik dat óók ons eigen Meldingsformulier wordt gebruikt.	77,9	12,6	9,5

Over het algemeen beoordeelden de pedagogisch medewerkers het nut van de IPAM positief. Zij gaven aan dat de interventie meerwaarde heeft voor het handelen.

Specifieker gekeken, bleken de pedagogisch medewerkers over het werken met het IAP het meest positief. 78,9% van de medewerkers gaf aan graag met deze plannen te blijven werken.

Over het nut van het werken met de Pro-ACT waren de pedagogisch medewerkers minder uitgesproken. Hoewel een meerderheid vond dat de schema's, die de Pro-ACT opleverde, inzichtgevend en/of nuttig waren (67,7%), wilde slechts de helft van de medewerkers in de toekomst met de Pro-ACT blijven werken (49,5%). Het bleek dat pedagogisch medewerkers die op een leefgroep werkten waar de implementatie van de IPAM onvoldoende goed was verlopen hierover significant positiever waren gestemd dan pedagogisch medewerkers die op een leefgroep werkten met voldoende implementatie ($\chi^2=12,6$; $p<0,01$). 69% van de medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep met onvoldoende implementatie gaf aan met de Pro-ACT te willen blijven werken versus 33,3% van de medewerkers die werkten op een leefgroep met voldoende implementatie. Daarnaast wilden significant meer pedagogisch medewerkers die 5 jaar of korter in het (dag)klinische veld werkzaam waren met de Pro-ACT blijven werken (62,9%) dan dat medewerkers die langer dan 5 jaar binnen dit veld werkzaam waren dat wensten (30,8%) ($\chi^2=10,2$; $p<0,01$). Eveneens waren pedagogisch medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep met onvoldoende implementatie significant positiever over de opbrengsten van de Pro-ACT in verhouding tot de investering die het vraagt om het formulier

in te vullen dan medewerkers die werkten op een leefgroep met voldoende implementatie ($\chi^2=8,2$; $p<0,001$). Respectievelijk 53,4% en 27,5% van de medewerkers gaf aan dat de opbrengsten groter waren dan de investeringen. Ook waren medewerkers die relatief kort in het (dag)klinische veld werkzaam waren (0-5 jaar) significant positiever over de opbrengsten van de Pro-ACT dan de medewerkers die langer in het veld werkzaam waren (>5 jaar) ($\chi^2=7,8$; $p<0,001$). Respectievelijk 50% versus 25% van hen gaf aan dat de opbrengsten groter waren dan de investeringen. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers (77,9%) was van mening dat het de voorkeur genoot als de instelling niet zowel het eigen registratiesysteem als de Pro-ACT voor het registreren van agressieve incidenten zouden gebruiken.

Aangezien zowel de pedagogisch medewerkers die werkten op een leefgroep waar de implementatie onvoldoende succesvol was verlopen als de pedagogisch medewerkers die korter dan 5 jaar in het (dag)klinische veld werkzaam waren het nut van de Pro-ACT positiever beoordeelden dan hun collega's die werkten op een leefgroep met voldoende goede implementatie en die langer dan 5 jaar binnen het veld werkzaam waren, werd de vraag opgeroepen of er mogelijk een verband bestond tussen de dichotome variabelen implementatiegraad en het aantal jaren werkzaam in het (dag)klinische werkveld. Een chi-kwadraattoets toonde echter geen significante relatie tussen beide.

Eveneens is onderzocht of er verschillen waren in beoordeling tussen pedagogisch medewerkers die werkzaam waren binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie of de jeugdzorg en tussen pedagogisch medewerkers die voorafgaand aan het onderzoek wel of niet een cursus fysieke of ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd. Voor deze twee kenmerken werden geen verschillen gevonden in beoordeling van het nut van de interventie.

Opbrengsten van de interventie

Aan de pedagogisch medewerkers is gevraagd aan te geven in hoeverre zij het met uitspraken over de specifieke opbrengsten van de IPAM eens waren. De resultaten staan weergegeven in Tabel 10.3. Aanvullend is nagegaan of pedagogisch medewerkers die relatief kort (0-5 jaar) of relatief lang (>5 jaar) werkzaam waren binnen het (dag)klinisch werkveld de specifieke opbrengsten van de interventie verschillend beoordeelden. Ook hier geldt dat geen verschillen werden gevonden in de beoordeling van de opbrengsten van de IPAM tussen pedagogisch medewerkers die werkzaam waren binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdzorg en tussen pedagogisch medewerkers die voorafgaand aan het onderzoek al dan niet een cursus fysieke of ruimtelijke agressiehantering volgden. Evenmin zijn verschillen gevonden tussen pedagogisch medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep met voldoende of onvoldoende succesvol verlopen implementatie.

Tabel 10.3 Opbrengsten van de interventie zoals beoordeeld door pedagogisch medewerkers (n=98)

Door het werken met de interventie...	Oneens (%)	Weet niet (%)	Eens (%)
Proactieve agressiehantering			
Kijk ik meer naar de oorzaken van agressie bij individuele kinderen.	18,1	7,4	74,5
Heb ik meer inzicht gekregen in mijn eventuele eigen aandeel in het ontstaan of versterken van agressie bij de kinderen.	30,9	22,3	46,8
Let ik meer op waarschuwingssignalen van agressie bij de kinderen.	14,8	4,3	80,9
Ben ik meer geneigd om preventief te werk te gaan, d.w.z. om eerder interventies te gebruiken die het gaan ontstaan van agressie voorkomen.	19,1	14,9	66,0
Hantering van de agressie			
Heb ik meer inzicht in hoe ik met de agressie van de individuele kinderen moet omgaan.	28,4	23,2	48,4
Denk ik meer na over waaróm ik een bepaalde interventie inzet (het doel van mijn interventie/wat wil ik ermee bereiken).	22,3	16,0	61,7
Kijk ik bewuster naar de mogelijkheden van het kind om zelf met zijn agressie om te gaan.	24,5	14,9	60,6
Heb ik meer oog gekregen voor de dingen die wel goed gaan in de aanpak van agressie.	22,6	15,0	62,4
Houd ik vaker nagesprekken met de kinderen (een echt gesprek of even er op terugkomen tussen neus en lippen door).	61,7	11,7	26,6
Teamsamenwerking			
Overleg ik meer met mijn team over de aanpak van agressie van de individuele kinderen.	23,4	12,8	63,8
Zitten mijn teamleden en ik als team meer op een lijn wat betreft de agressie-aanpak van de kinderen.	29,8	17,0	53,2
Emotioneel			
Ben ik opener over wat agressie met mijzelf doet (bijv. onzekerheid, angsten).	58,5	21,3	20,2
Heeft de leidinggevende/behandelaar meer oog gekregen voor wat de agressie met de pedagogisch medewerkers kan doen.	45,7	38,3	16,0

Over het algemeen beoordeelden de pedagogisch medewerkers de opbrengsten van de IPAM positief. Op 8 van de 13 uitspraken was meer dan 50% van de pedagogisch medewerkers het met de stelling eens. De stellingen zijn positief geformuleerd. Als een medewerker het met een uitspraak eens was, betekende dit dus een gunstige waardering.

Het meest positief waren de pedagogisch medewerkers over de mate waarin zij door het werken met de IPAM meer proactief zijn gaan werken. 80,9% gaf aan meer op waarschuwingssignalen van agressie bij de kinderen te letten en 74,5% gaf aan meer te kijken naar de oorzaken van agressie bij individuele kinderen.

Volgens de respondenten leverde de IPAM relatief weinig winst op wat betreft

het houden van nagesprekken met de kinderen (26,6% was het met de stelling eens), de mate waarin de pedagogisch medewerkers opener zijn geworden over wat agressie met hen doet (20,2% was het met de stelling eens) en de mate waarin de leidinggevende/behandelaar meer oog had gekregen voor wat de agressie met de pedagogisch medewerkers doet (16,0% was het met de stelling eens).

Voor drie uitspraken zijn verschillen gevonden tussen medewerkers die 0 tot 5 jaar of langer dan 5 jaar werkzaam waren binnen de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg. Alle drie de uitspraken betroffen de opbrengsten voor de hantering van de agressie. Waar deze verschillen zich voordeden, gold dat medewerkers die relatief kort (0-5 jaar) werkzaam waren binnen het werkveld positiever waren dan medewerkers die relatief lang (>5 jaar) binnen het veld werkten. 54,5% van de medewerkers die relatief kort binnen het veld werkzaam waren versus 40,0% van de medewerkers die relatief lang in het veld werkten was van mening meer inzicht te hebben verkregen in hoe zij met de agressie van de individuele kinderen moesten omgaan ($\chi^2=9,7$; $p<0,01$). 72,2% van de relatief kort werkzame pedagogisch medewerkers versus 47,5% van de relatief lang werkzame medewerkers gaf aan meer na te denken over het doel waarmee zij een interventie inzetten ($\chi^2=9,5$; $p<0,01$). 29,6% van de relatief kort werkzame pedagogisch medewerkers versus 22,5% van de relatief lang werkzame medewerkers zei vaker nagesprekken met de kinderen te houden ($\chi^2=11,4$; $p<0,01$).

10.3.2 Suggesties ter optimalisering van de interventie

De suggesties die pedagogisch medewerkers op de vragenlijsten ($n=122$) en tijdens de teamoverleggen gaven ter optimalisering van de IPAM worden per kernelement besproken. In totaal is 162 keer een suggestie gedaan ter verbetering van de Pro-ACT en 49 keer ter verbetering van het IAP. Nadat de thema's binnen de suggesties zijn herleid, bleven 16 suggesties over ter optimalisering van de Pro-ACT en 5 ter verbetering van het IAP.

Suggesties ter optimalisering van de Pro-ACT

Vormgeving

- Gesuggereerd werd de Pro-ACT op A4-formaat af te drukken. Dit maakt archivering eenvoudiger.
- Gesuggereerd werd kolom 1 'Provocaties' in te korten.

Kolom 2 'Gedrag van het kind'

- Voorgesteld is om als antwoordcategorie toe te voegen het 'weglopen' door het kind.

Kolom 5 'maatregelen'

- Vanuit leefgroepen die dagbehandeling bieden werd gevraagd de maatregelen beter op de dagbehandeling te laten aansluiten. Deze groepen beschikken niet altijd over een afzonderingsruimte. Pedagogisch medewerkers vroegen zich af of een kind apart zetten aan een eigen tafel tijdens de eetsituatie ruimtelijk inperken was of niet. Ditzelfde gold voor het onder dwang apart zetten van een kind op de gang of op het kantoor van de leidinggevende.

Locatie waar de agressie begint

- Eveneens is vanuit de leefgroepen die dagbehandeling bieden gevraagd de lijst met locaties beter te laten aansluiten op hun context. Dikwijls komt het bijvoorbeeld voor dat de dagbehandeling geen aparte woon- of eetkamer heeft. Wel hebben zij een eettafel in de woonkamer.

Aanvullende vragen achterzijde

- Gesuggereerd is als extra vraag toe te voegen of ouders zijn ingelicht over het incident.
- Gesuggereerd is na te vragen of nazorg aan de medewerkers is verleend.
- Gesuggereerd is na te vragen hoe de escalatie voorkomen had kunnen worden.
- Ruimte werd gemist om het proces te beschrijven. Pedagogisch medewerkers vroegen zich af of een collega bij het lezen van alleen de Pro-ACT wel echt inzicht had in het proces. Schrijfruimte voor toelichting op het proces zou daarvoor helpend zijn.
- Gesuggereerd is om bij de vraag naar 'voldoende collega's aanwezig' een extra antwoordmogelijkheid toe te voegen, namelijk: 'ja, met externe ondersteuning'.

Indicatie om formulier in te vullen

- Het invullen van de Pro-ACT in de 'milde' agressiefase werd door veel medewerkers te arbeidsintensief gevonden. "Zo kunnen we wel blijven schrijven", was een veelgehoorde klacht. Een aantal maal is gesuggereerd om in principe alleen in de 'acute' fase het formulier in te vullen. Het formulier kan tijdelijk ook in de 'milde' agressiefase worden ingevuld bij kinderen die onlangs zijn opgenomen of bij kinderen met een diagnostische vraag met betrekking tot hun agressie.
- Gevraagd is om aan te geven of er aanleiding is om een Pro-ACT in te vullen wanneer gedrag 'normoverschrijdend' is (bijvoorbeeld vloeken), hierover zegt de instructie nu niets.
- Gevraagd is in de instructie te beschrijven over wat te doen als een kind gedurende lange tijd 'in de agressie blijft hangen' en niet tussendoor tot taakstelling komt. Tot taakstelling komen geldt als reden om een formulier af te sluiten. Duurt het incident echter lang en komt het kind tussentijds niet tot taakstelling, dan hebben pedagogisch medewerkers niet altijd voldoende aan één formulier.

Instructie bij de Pro-ACT

- Aangegeven werd dat het lastig was de ernstlijn in te vullen. Het was onduidelijk vanuit welk perspectief deze moest worden ingevuld, vanuit het perspectief van het kind, de andere kinderen of de medewerker? Daarnaast was het onduidelijk of de ernst moest worden afgewogen tegen de agressie op de groep algemeen of tegen de agressie van het specifieke kind. Ook werd gevraagd of in de beoordeling van de ernst de algemeen heersende normen en waarden moesten worden meegewogen.
- Onduidelijkheid werd ervaren over de vraag wanneer 'dreiging' van het gedrag uitgaat. Of van bepaald gedrag een dreiging uitgaat, is namelijk sterk afhankelijk van het kind dat het gedrag vertoont. Dit riep verwarring op bij de medewerkers.
- Een aantal medewerkers was van mening dat het formulier pas kan worden ingevuld als het IAP al is gemaakt, omdat volgens de instructie van de Pro-ACT deze alleen hoeft te worden ingevuld bij agressief gedrag in de agressiefasen 'mild' of 'acuut'. Omdat het per kind verschillend is welke gedragingen in deze twee agressiefasen vallen, is het niet vanzelfsprekend wanneer de Pro-ACT in te vullen. Verwacht wordt dat een ingevuld IAP van een kind dit zou verhelderen.

Suggesties ter optimalisering van het Individuele Agressiehanteringsplan (IAP)**Doelen**

- De formulering van de doelen in het plan werden te abstract beschouwd. Met name wat verstaan moet worden onder 'appeleren aan' is voor veel pedagogisch medewerkers onduidelijk.
- Gesuggereerd is het doel 'agressie stoppen' in de fase 'acute agressie' weg te laten, omdat deze altijd geldt.

Toestemming ouders

- Gesuggereerd is prominenter op het plan te zetten voor welke handelingen toestemming is verkregen door ouders/verzorgers.

Indicatie om IAP op te stellen

- Onduidelijkheid werd ervaren over de vraag of voor ieder kind een plan moet worden opgesteld of alleen voor een kind dat regelmatig agressief is.

Overige suggesties

- Gepleit werd voor afstemming met school als de agressie daar begint of plaatsvindt.

10.4 Klinische inzichten

In deze paragraaf wordt een voorbeeld gegeven van de klinische inzichten die het monitoren van de agressie met de Pro-ACT als onderdeel van de IPAM voor een kind kan opleveren. Tevens wordt besproken hoe deze inzichten kunnen worden vertaald naar afspraken in het IAP, het agressiehanteringsplan van dit kind. Om de anonimiteit te waarborgen, zijn de naam, leeftijd, verblijfsduur en de data in de casus gefingeerd. Tevens zijn naar het kind te herleiden gedragskenmerken en specifieke interventies aangepast weergegeven.

Casus Leroy, 8 jaar

Leroy verblijft sinds 5 maanden binnen een klinische voorziening binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. De instelling waar Leroy verblijft werkt met de IPAM. De laatste tijd neemt het agressieve gedrag van Leroy toe. Voor het team is het onduidelijk of bepaalde patronen een rol spelen in het ontstaan van de agressie en hoe het team hier vervolgens het beste op kan inspelen teneinde het aantal agressieve incidenten te verminderen. In anderhalve maand tijd zijn 11 Pro-ACT formulieren voor Leroy ingevuld. In 5 van deze incidenten is gebruik gemaakt van een inperkende maatregel, dat wil zeggen een ruimtelijke en/of fysieke inperking.

Monitoregegevens

Een aantal fragmenten van de output van de monitoregegevens, die zijn verkregen door registratie van de milde en acute agressieve incidenten met behulp van de Pro-ACT, wordt hier gepresenteerd.

Waarschuwingssignalen zichtbaar

Ja: 4x

Nee: 7x

Welke waarschuwingssignalen zichtbaar

Brutaal (3x)

Prikkelbaar (2x)

Grove woorden (2x)

Stem verheffen (2x)

Grenzen opzoeken (1x)

Gespannen en onrustige motoriek (1x)

Slecht luisteren (1x)



Consequenties voor het handelen in de leefgroep

De patronen die uit de monitorgegevens blijken, worden tijdens een behandelingsplanbespreking besproken. Tijdens de bespreking worden de monitorgegevens vertaald naar de aanpak in de leefgroep.

- De teamleden spreken af alerter te zijn op waarschuwingssignalen bij Leroy, vaak worden deze immers gemist. De gepresenteerde signalen blijken voor sommige pedagogisch medewerkers een eye-opener. Zij hebben het brutale gedrag van Leroy niet eerder in verband gebracht met op handen zijnde agressie. Het brutale gedrag van Leroy wordt voortaan gezien als belangrijk signaal van beginnende agressie.
- In het team wordt besproken wat de oorzaak kan zijn van de piek in het aantal incidenten in de namiddag. Volgens de pedagogisch medewerkers doet Leroy het tijdens het avondeten over het algemeen goed. De meeste incidenten doen zich voor in zijn vrije speelmoment tussen 16.15 en 16.45 uur. Het blijkt voor Leroy te moeilijk om dit half uur positief te volbrengen, ook wanneer van te voren met hem is doorgesproken hoe hij het speelmoment gaat invullen. Bij doorvraag blijkt Leroy het beste te functioneren als de pedagogisch medewerkers bij hem in de buurt zijn, hem regelmatig aanspreken op zijn gedrag en om de circa 10 minuten benoemen wat zij van hem verwachten.
- Uit de problemen die Leroy ervaart met het vrije speelmoment, blijkt zijn gebrek aan vaardigheden om het eigen gedrag te reguleren. Hij heeft daarvoor de ondersteuning door de pedagogisch medewerkers nadrukkelijk nodig. Externe regulatie bieden wordt daarom in alle vier de agressiefasen als doel gesteld van de interventies die pedagogisch medewerkers uitvoeren richting Leroy. Dat betekent dat de pedagogisch medewerkers duidelijke afspraken met Leroy maken en hem regelmatig aan de afspraken herinneren. Wanneer Leroy gewenst gedrag laat zien, wordt dit met concrete aanduiding van het getoonde gewenste gedrag becomplimenteerd, zodat Leroy tegelijkertijd een gedragsinstructie ontvangt.
- Daarnaast wordt afgesproken met Leroy te gaan oefenen met zelfregulatie. Hiervoor zal worden gewerkt met een boosheidsthermometer, die is gekoppeld aan een beloningssysteem. Wanneer Leroy waarschuwingssignalen van agressie laat zien, zullen de pedagogisch medewerkers hem vragen om aan te wijzen in welk niveau van zijn boosheidsthermometer hij zich bevindt. Zit hij in 'geel', dan betekent dit dat hij een beetje boos begint te worden. Leroy kan punten verdienen door elke keer wanneer hij in 'geel' zit afspraken te maken met de pedagogisch medewerkers en zich vervolgens aan deze afspraak te houden. Het maken van de afspraken hoeft vooralsnog niet op initiatief van Leroy zelf plaats te vinden. In een later stadium kan worden geoefend met complexer gedrag waarmee hij het eigen gedrag bij opkomende gevoelens van onrust vanuit zichzelf kan reguleren. Dat is voor Leroy nu nog teveel gevraagd. Vertoont Leroy milde of escalerende agressie, dan is oefenen met zelfregulatie vooralsnog niet mogelijk.

Individueel Agressiehanteringsplan (IAP)

In de behandelingsplanbespreking wordt besloten voor Leroy een IAP op te stellen. De mentor stelt een eerste versie op samen met de leidinggevende. De kennis die zij over Leroy hebben wordt in dit plan verbonden met de bevindingen van de monitorgegevens. In een teamoverleg wordt het plan vervolgens vastgesteld.

- In Fase 0, waarin Leroy ontspannen is, wordt al ingezet op het voorkomen dat agressie gaat ontstaan. Externe regulatie wordt geboden door het goed plannen en tussentijds aansturen van situaties. Bij het ontspannen gedrag van Leroy hoort dat hij voor maximaal 10 minuten zelfstandig kan werken, daarna is aansturing noodzakelijk wil het gedrag van Leroy in de ontspannen fase blijven.
- In het gedrag zoals beschreven in Fase 1 zijn de waarschuwingssignalen die uit de monitorgegevens naar voren kwamen herkenbaar. Ook in deze fase is externe regulatie noodzakelijk. Daarnaast kan worden geoefend met zelfregulatie met behulp van de boosheidsthermometer en het bijbehorend beloningssysteem.
- In Fase 2 is sprake van milde agressie. In dit stadium is het voor Leroy te moeilijk om te oefenen met zelfregulatie. Daarom wordt alleen externe regulatie ingezet. Leroy wordt door de pedagogisch medewerkers aangespoord gewenst gedrag te vertonen. Zij geven hiervoor maximaal 2 concrete gedragsinstructies die vergezeld gaan van een waarschuwing. Leroy heeft dus tot 2 keer toe de keuze om zijn gedrag om te zetten in gewenst gedrag. Vertoont Leroy na de tweede waarschuwing nog steeds niet het gewenste gedrag, dan moet hij naar zijn slaapkamer om daar rustig te worden. Ook nu wordt de autonomie van Leroy zoveel mogelijk gerespecteerd. Hij krijgt de keuze zelfstandig naar zijn slaapkamer te lopen. Doet hij dit niet, dan is dit een teken dat de agitatie bij Leroy te hoog is opgelopen en is overgegaan in escalerende agressie (Fase 3). Dit is ook het geval als Leroy in Fase 2 weliswaar zelf naar zijn slaapkamer is gegaan, maar in zijn slaapkamer nog geruime tijd (maximaal 20 minuten) agressief gedrag vertoont.
- In Fase 3 is het gedrag van Leroy acuut gevaarlijk. Leroy is niet meer in staat om met behulp van gedragsinstructies zijn gedrag te keren. Toch wordt ook in dit stadium de autonomie zoveel mogelijk gerespecteerd. Leroy krijgt de keuze om zelfstandig naar de afzonderingsruimte te gaan. Doet hij dit niet, dan wordt hij onder dwang en fysieke begeleiding meegenomen naar de afzonderingsruimte. Ouders hebben hier toestemming voor gegeven. In de afzonderingsruimte kan Leroy zonder gevaar uitrazen. De ruimte heeft alleen zachte kussens op de grond. Er zijn geen prikkels. Een pedagogisch medewerker staat continu bij zijn deur. Doorgaans wordt Leroy na 10 minuten rustig. Hij krijgt van de pedagogisch medewerker dan de opdracht achterin de kamer met zijn rug tegen de muur te gaan zitten. Lukt hem dit, dan komt de medewerker de kamer binnen en worden verdere afspraken gemaakt. De medewerker vraagt aan Leroy in zijn boosheidsthermometer aan te wijzen in welk niveau van agitatie hij nu zit. Leroy is nog in een stress-gevoelige fase (de zogenaamde Herstelfase), die in zijn boosheidsthermometer gelijk is aan de eerder beschreven 'gele' fase. Dat betekent dat het belangrijk is de periode na de ruimtelijke inperking voor Leroy zo gestructureerd en rustig mogelijk te laten verlopen. Doorgaans krijgt hij een taakje die hij rustig in zijn eigen hoekje in de leefgroep gaat maken, in de nabijheid van een pedagogisch medewerker.

10.4 Belangrijkste bevindingen vooruitlopend op de discussie

Belangrijkste bevindingen

- De IPAM had volgens verreweg de meeste pedagogisch medewerkers een meerwaarde.
- Het meest enthousiast waren de pedagogisch medewerkers over het Individuele Agressiehanteringsplan (IAP). De meesten gaven aan met het IAP te willen blijven werken.
- Minder uitgesproken waren de pedagogisch medewerkers over de Pro-ACT. Hoewel een ruime meerderheid de schema's naar aanleiding van monitoring met de Pro-ACT inzichtgevend en/of nuttig vond, wilde slechts de helft met de Pro-ACT blijven werken.
- Pedagogisch medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep waar implementatie van de IPAM onvoldoende succesvol was verlopen en pedagogisch medewerkers die 5 jaar of korter werkzaam waren binnen het (dag)klinisch werkveld, waren significant enthousiaster over de Pro-ACT dan medewerkers op leefgroepen met voldoende implementatie en medewerkers die langer dan 5 jaar binnen het veld werkten.
- Volgens de meeste pedagogisch medewerkers heeft het de voorkeur als hun instelling een keuze maakt voor het eigen Meldingsformulier of de Pro-ACT voor registratie van agressieve incidenten.
- Het meest positief waren de pedagogisch medewerkers over de mate waarin de IPAM bijdroeg aan het proactief werken: het letten op waarschuwingssignalen en het per individueel kind stilstaan bij de oorzaken van agressie.
- Volgens de pedagogisch medewerkers leverde de IPAM een bescheidener winst op voor wat betreft het houden van nagesprekken, de mate waarin de pedagogisch medewerkers opener zijn geworden over wat agressie met hen deed en de mate waarin de leidinggevende/behandelaar meer oog had voor wat de agressie met de pedagogisch medewerkers deed.
- Medewerkers die 5 jaar of korter werkzaam waren in het (dag)klinisch werkveld waren significant enthousiaster over de specifieke opbrengsten van de IPAM voor de hantering van de agressie van kinderen dan medewerkers die langer dan 5 jaar binnen het veld werkten.
- Er zijn suggesties gedaan ter verbetering van de IPAM. Na ordening op thema bleken 16 verschillende suggesties ter optimalisering van de Pro-ACT en 5 ter verbetering van het IAP.

Individueel proactief agressiehanteringsplan			
Naam: Leroy			
Datum: april 2008			
Gedrag kind	Doelen	Interventies	
- Kan geconcentreerd individueel iets doen voor maximaal 10 min. - Oogt ontspannen/ustig. - Kan zich aan de afspraken houden/ volgt opdrachten op. - Heeft positief contact met anderen.	Fase 0: Ontspannen <i>Stimulatie ontwikkeling/leren conform bhphvp</i> Appelleren aan eigen reguleervaardigheden ☒ Voorzien in externe regulatie	- Vrije momenten goed plannen met Leroy en tussentijds aansturen. - Verwachtingen duidelijk en tijdig aangeven. - Om de 10 min. aandacht geven aan gewenst gedrag. - Positief gedrag becomplimenteren en zeggen wat hij goed doet.	
- Zoekt negatief aandacht, brutaal. - Luistert slecht. - Moppert, verheft zijn stem. - Ongeduldig, prikkelbaar. - Gespannen en onrustige motoriek.	Fase 1: Waarschuwingssignalen <i>Terug naar gewenst gedrag</i> ☒ Zelfregulatie met kind oefenen/ ondersteunen Appelleren aan reguleervaardigheden kind ☒ Situatie voor kind reguleren	- Zie Fase 0, plus: - Gewenst gedrag benoemen en voordoen. - Leroy vragen aan te wijzen waar hij zit in emotie-thermometer (geel). Vervolgens afspraken maken. Kan hij zich eraan houden, verdient hij 3 punten (beloningssysteem).	
- Luid schelden, vloeken. - Dreigende houding en woorden/ uitspraken. - Stampen. - Met deuren slaan.	Fase 3: Milde agressie <i>Verdere escalatie voorkomen</i> Zelfregulatie met kind oefenen/ ondersteunen Appelleren aan reguleervaardigheden kind ☒ Situatie voor kind reguleren	- Gewenst gedrag benoemen. - Bij ongewenst gedrag twee gedragsinstructies met waarschuwing, stopt hij niet, dan moet hij naar slaapkamer. Eerst Leroy keuze laten zelf te gaan. Gaat hij niet, dan volgt Fase 3. Ook als hij zelf naar slaapkamer gaat, maar gedrag stopt na 20 min, niet, volgt Fase 3.	
- Kan op slaapkamer niet stoppen met agressie of gaat in Fase 2 niet zelf naar zijn slaapkamer. - Gooit met voorwerpen, ook gericht. - Staat en schopt tegen voorwerpen en personen.	Fase 4: Escalerende agressie <i>Veiligheid waarborgen</i> ☒ Agressie stoppen ☒ Situatie voor kind reguleren	- Leroy naar afzonderingsruimte sturen. Eerst keuze laten zelf te gaan. Loopt hij niet zelf, dan onder dwang begeleiden (met minimaal 2 pedagogisch medewerkers, eventueel met assistentie van de peiper) (toestemming ouders gereisd). Als hij rustig is, emotie-thermometer en afspraken maken.	

Discussie

Hoofdstuk 11

HOOFDSTUK 11

Discussie

11.1 Inleiding

Dit proefschrift beschrijft de ontwikkeling van en het onderzoek naar de opbrengsten van de Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (IPAM). De IPAM is een interventie om de toepassing van inperkende maatregelen bij kinderen van 4 tot en met 12 jaar binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg te verminderen. De IPAM bestaat uit twee componenten: (1) de *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool* (Pro-ACT), een voor (dag)klinische kinderen ontwikkeld monitorinstrument en (2) het Individuele Agressiehanteringsplan (IAP), waarop de op een individueel kind afgestemde agressiehantering kan worden vastgelegd. De informatie die naar voren komt door monitoring van de agressieve incidenten, wordt gebruikt bij het opstellen van het IAP. Binnen de IPAM zijn de diverse veelbelovende *evidence* en *practice based* interventietechnieken geïntegreerd. Sprake is van een multi-methodische aanpak.

Literatuuroverzicht van veelbelovende interventietechnieken om de toepassing van inperkende maatregelen terug te dringen, toonde internationaal slechts een handvol interventies die specifiek voor de kinderleeftijd zijn ontwikkeld. Voor het project Dwang en Drang van GGZ Nederland, waarbij tot doel is gesteld jaarlijks het aantal inperkingen met 10% te verminderen, is in de periode 2006 tot en met 2010 25 miljoen euro geïnvesteerd door het Ministerie van VWS. Het project heeft 42 initiatieven opgeleverd, waarvan het merendeel de volwassenen GGZ betreft. Twaalf van de initiatieven gaan gepaard met wetenschappelijk onderzoek naar de nieuwe interventies (Mulder & Noorthoorn, 2010). Alleen het in dit proefschrift beschreven onderzoek betreft de kinderleeftijd.

Het huidige onderzoek is dus nationaal en internationaal één van de weinige dat zich richt op interventietechnieken om de toepassing van inperkende maatregelen op de kinderleeftijd terug te dringen.

Dit hoofdstuk belicht de opbrengsten van het onderzoek en bespreekt de belangrijkste conclusies en implicaties voor verder onderzoek en praktijk.

11.2 Opbrengsten van de interventie

Inzicht in de kenmerken van agressieve incidenten

Met behulp van de Pro-ACT zijn de kenmerken van de agressieve incidenten in de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg voor kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar in kaart gebracht. Voor zover bekend zijn geen eerdere publicaties verschenen die voor deze leeftijdsgroep deze kenmerken op systematische wijze beschrijven.

Als het gaat om proactieve agressiehantering is met name kennis over directe provocaties van agressief gedrag belangrijk. Dit geeft immers inzicht in de situaties waarop kan worden geanticipeerd om het ontstaan of de escalatie van agressie te voorkomen. Begrenzing bleek de voornaamste provocatie. In mindere mate gold dit ook voor interactie met andere personen. Overigens was in circa 5% van de incidenten de provocatie niet bekend. In alle overige gevallen wel. Dit is opvallend, omdat Nijman, Allertz, Merkelbach, à Campo en Ravelli (1997b) met behulp van de SOAS (Palmstierna & Wistedt, 1987) vonden dat in 43% van de incidenten verpleegkundigen binnen de volwassenen psychiatrie niet in staat waren tot het duiden van de provocatie. Waarschijnlijk is de belangrijkste reden voor dit verschil in bevindingen het feit dat binnen de SOAS 'geen duidelijke provocatie' de eerste antwoordmogelijkheid binnen de kolom 'Provocatie' is. Binnen de Pro-ACT is dit juist de laatste antwoordmogelijkheid. Blijkbaar zijn medewerkers, wanneer zij door de vraagstelling binnen het instrument ertoe worden aangezet, wel degelijk in staat tot het aangeven van de provocatie. Dit was ook de veronderstelling bij de ontwikkeling van de interventie. De gedachte was dat medewerkers door het invullen van de Pro-ACT min of meer zouden worden gedwongen om in de sequentie antecedent-gedrag-gevolg te denken en dat dit het proactief handelen ten goede zou komen. De bevinding dat in 95% van de incidenten de pedagogisch medewerkers in staat waren de provocatie te duiden, mag daarom als belangrijk resultaat worden beschouwd.

Ook relevant voor de agressiehantering is een overzicht van de interventies die op het agressieve gedrag van een kind volgden. Gemiddeld zijn vier verschillende interventies per incident toegepast. Blijkbaar volgden de medewerkers doorgaans een, al dan niet in een vaststaand patroon, opeenvolging aan maatregelen. Het is belangrijk om binnen een team na te gaan of inderdaad vaststaande patronen worden gevolgd voor een kind of dat er grote onderlinge verschillen bestaan in hoe met de agressie van het kind wordt omgegaan. Discussie hierover binnen een team kan zo nodig leiden tot een meer eenduidige aanpak. Een dergelijke aanpak biedt de kinderen duidelijkheid in wat van hen wordt verwacht. Dit levert rust op, waardoor het risico op agressie afneemt.

Monitorsysteem met middelmatige overeenstemming tussen twee beoordelaars

Het Monitorsysteem van de IPAM, de Pro-ACT, is een diagnostisch instrument. Het brengt de kenmerken van agressieve incidenten in kaart. De Pro-ACT bleek over een middelmatige tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid te beschikken ($\kappa = 0,52$). Gedrag beoordelen is een subjectieve aangelegenheid en een perfecte overeenstemming kon dan ook niet worden verwacht. Om iets over de kwaliteit van de gevonden overeenstemming te kunnen zeggen, is het zinvol de κ te vergelijken met die van instrumenten die soortgelijk gedrag in kaart brengen. De tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT is om deze reden vergeleken met die van de twee instrumenten die als basis dienden bij de ontwikkeling van de Pro-ACT, namelijk de REFA (Björkly, 1996) en de SOAS-R (Nijman e.a., 1999b). Beide hadden een hogere tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid dan de Pro-ACT.

De tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de REFA is, in tegenstelling tot de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT, onderzocht met behulp van beschreven vignetten ($\kappa = 0,84$). Björkly (2000) gaf aan dat in een klinische omgeving, met zich feitelijk voordoende incidenten, waarschijnlijk een lagere tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid was gevonden. Daarnaast kent de REFA veel minder antwoordmogelijkheden dan de Pro-ACT. De prevalentie op de antwoordmogelijkheden van de Pro-ACT is hierom naar verwachting lager dan de prevalentie op de antwoordmogelijkheden van de REFA. De κ , de gehanteerde maat voor overeenstemming, kan laag zijn, ook al is er veel overeenstemming binnen een laag prevalentie conditie (Byrt, Bishop, & Carlin, 1993).

Onderzoeken naar de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de SOAS (Palmstierna & Wistedt, 1987), de voorloper van de SOAS-R, zijn wel gedaan met behulp van zich in de klinische praktijk voordoende incidenten ($\kappa = 0,61$ bij Nijman, Allertz, Merckelbach, à Campo, & Ravelli, 1997b en $\kappa = 0,74$ bij Steinert, Wölflé, & Gebhart, 1999; 2000). De mate van overeenstemming van de SOAS is door Steinert en collega's echter onderzocht voor de meest ernstige incidenten. Het in dit proefschrift beschreven onderzoek naar de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT maakte deze selectie niet. Ook relatief milde incidenten zijn in het onderzoek meegenomen. Naar verwachting maakte de keuze voor het betrekken van de meest ernstige incidenten het invullen eenduidiger en leidde dit tot een hogere tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid op de SOAS volgens Steinert en collega's.

Hoewel de κ 's van de Pro-ACT, REFA en SOAS(-R) moeilijk te vergelijken zijn, lijkt het erop dat de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid van de Pro-ACT kan worden verbeterd. Een derde van de antwoordcategorieën van de Pro-ACT kende een goede overeenstemming. Voor de categorieën met lagere overeenstemming kan worden nagegaan hoe deze kan worden verhoogd, bijvoorbeeld door aan deze categorieën tijdens de training en supervisie van het gebruik van de Pro-ACT meer aandacht te besteden, of door de formulering van de

antwoordmogelijkheden binnen de categorieën met een relatief lage overeenstemming bij te stellen.

Halvering van de toepassing van inperkende maatregelen

Centrale vraag binnen dit proefschrift is of na invoering van de IPAM het aantal incidenten waarbij een inperkende maatregel werd toegepast afnam. Er bleek sprake van een halvering. Met name bij kinderen die bij aanvang van het onderzoek relatief veel agressie vertoonden, nam na invoering van de interventie het aantal incidenten af. Bij kinderen met relatief weinig agressie was de afname minder groot. Dit is volgens de verwachting. Een kind dat weinig agressieve gedragsproblemen vertoont, hoeft immers niet of nauwelijks te worden ingeperkt. Kinderen met veel agressieve gedragsproblemen worden veel vaker ingeperkt. Zij kunnen om deze reden vanuit klinisch oogpunt dus ook meer van de IPAM profiteren dan kinderen met weinig agressieve gedragsproblemen. Wellicht is het werken met de IPAM voor kinderen met relatief veel agressieve gedragsproblemen dan ook met name zinvol. Echter, het in dit proefschrift uitgevoerde onderzoek betrof een ongecontroleerde klinische *trial*. Een daadwerkelijk effect van de IPAM kon daarom niet worden aangetoond, noch worden uitgesloten. Ook andere factoren kunnen aan de onderzoeksresultaten ten grondslag liggen. De afname in het aantal incidenten zou bijvoorbeeld veroorzaakt kunnen zijn door het feit dat het agressieve gedrag van de kinderen door de algemene behandeling in de instellingen al verminderde naarmate de behandeling vorderde of door een toegenomen bewustzijn van agressie en de hantering daarvan bij pedagogisch medewerkers puur vanwege het feit dat zij deelnamen aan een onderzoek. De afname is dan niet specifiek te danken aan de IPAM maar aan de *care as usual* of het toegenomen bewustzijn. Ook kunnen een eventuele tijdelijke opleving in het registreren van incidenten bij de start van het onderzoek of een vermoeidheid in registratie na verloop van het onderzoek de onderzoeksresultaten hebben beïnvloed.

Om de onderzoeksresultaten te kunnen vergelijken met de bevindingen in andere onderzoeken, is het aantal inperkende maatregelen per 1000 dagelijks bezette bedden (patiëntdagen) een te hanteren maat (Bowers, 2000). In dit proefschrift werd een afname van 50% gevonden van het aantal incidenten met een inperking per 1000 patiëntdagen. Slechts twee van de gepubliceerde onderzoeken voor deze leeftijdsgroep rapporteerden eveneens de afname van het aantal inperkende maatregelen per 1000 patiëntdagen. LeBel en collega's (2004) vonden een afname van 73%. Martin, Krieg, Esposita, Stubbe en Cardona (2008) vonden een afname van 79%. Beide onderzoeken vonden dus een grotere afname dan de in het kader van dit proefschrift gevonden halvering. Een aantal verklaringen ligt hier mogelijk aan ten grondslag.

Enerzijds lijken de onderzoeksgroepen te verschillen. Het door Martin en collega's (2008) beschreven onderzoek vond plaats bij kinderen met een gemiddelde

opnameduur van ongeveer een maand. Binnen het in dit proefschrift beschreven onderzoeksgroep is de gemiddelde opnameduur veel langer dan een maand. Deze komt voor een gemiddelde kinderpsychiatrische instelling in Nederland neer op circa 12 tot 15 maanden. Dit betekent per definitie al een andere doelgroep. Buiten opnameduur verschillen de onderzoeksgroepen op een ander belangrijk punt. In het in dit proefschrift beschreven onderzoek is een selectie gemaakt van de kinderen die gedurende de totale onderzoeksperiode in de instelling verbleven. De twee andere onderzoeken maakten deze selectie niet. Elk incident dat binnen de instellingen plaatsvond werd in die onderzoeken meegenomen in de analyse. Ook de incidenten die kinderen betroffen die voor kortere duur in de instelling verbleven, werden meegenomen. Wellicht zijn het juist de korter verblijvende kinderen die relatief veel agressief gedrag vertonen en relatief veel inperkingen meemaken en daarom meer van interventie kunnen profiteren. Het is echter de vraag of het specifiek de verblijfsduur is die van invloed is op de resultaten. Immers, uit Hoofdstuk 2 bleek juist een langere verblijfsduur binnen (dag)klinische instellingen samen te hangen met de toepassing van inperkende maatregelen.

Anderzijds is een mogelijke verklaring gelegen in het feit dat de onderzochte interventies verschillen en dus andere resultaten sorteren. LeBel en collega's (2004) beschrijven de resultaten van diverse multi-methodische strategieën die met elkaar gemeen hebben dat zij op het vergroten van de competentie van het kind zijn gericht. De interventie die centraal staat in het onderzoek van Martin en collega's (2008) betreft een op de cognitieve gedragstherapie gebaseerde handelingswijze. Binnen de interventie wordt medewerkers geleerd de context en verwachtingen ten aanzien van de kinderen af te stemmen op hun regulatievaardigheden. Tevens wordt getracht de regulatievaardigheden van de kinderen zelf te vergroten. De IPAM focust zich primair op het monitoren van agressieve incidenten en het vastleggen van de manier waarop in verschillende fasen van de agressie het gedrag het beste kan worden gehanteerd. Het vergroten van de competentie van de kinderen om zelf hun agressie te leren reguleren heeft in de IPAM wel een plaats, maar deze is bescheiden. Hiervoor is gekozen om de scholing voor pedagogisch medewerkers in het kader van de IPAM relatief eenvoudig en kort te kunnen houden (één instructiebijeenkomst van 3,5 uur en twee maal bijwonen van een regulier teamoverleg door de instructeur). Het uitbreiden van de cognitief gedragstherapeutische principes bij de pedagogisch medewerkers vergt een intensievere en dus duurdere opleiding. Toch duiden de relatief grote afnames in inperkende maatregelen bij LeBel en collega's en Martin en collega's er op, dat het wellicht zinvol kan zijn deze cognitief gedragstherapeutische technieken bij pedagogisch medewerkers uit te breiden. De relatief eenvoudige IPAM lijkt veelbelovend. De nu reeds behaalde resultaten nemen wellicht toe door in een verbeterslag van de IPAM meer te investeren in de cognitief gedragstherapeutische technieken bij pedagogisch medewerkers en hen te leren deze te integreren met de IPAM. Bijvoorbeeld door in de agressieplannen van de kinderen

met behulp van deze technieken nadrukkelijker aandacht te besteden aan het vergroten van de regulatievaardigheden van de kinderen zelf.

Kleine afname van agressieve gedragsproblemen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie

De halvering van het aantal incidenten met een inperkende maatregel na invoering van de IPAM bleek over de groep kinderen als geheel niet samen te gaan met een verandering in de niveaus van de agressieve gedragsproblemen van de kinderen. Wel bleek een significant interactie-effect.

Bij de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie bleken zowel algemene agressieve gedragingen als agressief gedrag dat specifiek is voor de klinische context af te nemen. Volgens de criteria van Cohen (1988) waren de veranderingen (effectgroottes) klein. Toch kunnen ze voor de praktijk van betekenis zijn. Immers, het gemiddelde op de subschaal Agressief gedrag van de CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) van de kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie lag voorafgaand aan implementatie van de IPAM dichtbij het gemiddelde van een klinische groep kinderen (Wielemaker, 2009). Na implementatie lag de gemiddelde score dichtbij het gemiddelde van een groep kinderen uit de algemene bevolking (Dekker, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2002). Bij de kinderen binnen de jeugdzorg namen de agressiescores juist licht toe. Echter, de toename was zo klein dat deze volgens de criteria van Cohen als te verwaarlozen kan worden beschouwd.

Het is vooralsnog onzeker waardoor de verschillen in bevindingen tussen de twee sectoren worden veroorzaakt. Mogelijk zou voor de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie sprake kunnen zijn van het fenomeen 'regressie naar het gemiddelde', dat betekent dat extreme scores in opeenvolgende metingen in een populatie meer naar de gemiddelde waarde zullen neigen. Deze verklaring ligt statistisch gezien echter niet voor de hand, aangezien op drie van de vier uitkomstmaten de agressieniveaus tussen de twee sectoren in de periode voor implementatie niet wezenlijk van elkaar verschilden. Ook verschilden de aard van de agressieve gedragsproblemen, dat wil zeggen reactieve (impulsieve) en proactieve (doelbewuste) agressie, bij aanvang van het onderzoek niet tussen de twee sectoren. Blijkbaar zijn andere factoren bepalend voor het feit dat de agressiescores binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in tegenstelling tot de jeugdzorg licht afnamen. Het ligt voor de hand de verklaring te zoeken in de soort problematiek van de kinderen. Bij aanvang van het onderzoek was van een verschil tussen de sectoren in de diverse met behulp van de CBCL vastgestelde DSM-IV diagnoses echter geen sprake. Wel waren de kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie relatief ouder dan de kinderen in de jeugdzorg. Dit resulteerde echter niet in verschillende probleemprofielen wat betreft agressietypen en DSM-IV diagnoses tussen de sectoren. Wel zou de hogere leeftijd een grotere mogelijkheid tot gedragsverandering kunnen verklaren.

Voor de medewerkers was tussen de sectoren geen verschil in belangrijke kenmerken als leeftijd, opleidingsniveau, jaren werkervaring en het zijn geschoold

in algemene technieken van fysieke en ruimtelijke agressiehantering. Wellicht moet de alternatieve verklaring eerder in het randvoorwaardelijke kader worden gezocht. Het lijkt een logische veronderstelling dat de teams binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie meer mankracht en ondersteuning door gedragswetenschappers, werkbegeleiders en therapeuten tot hun beschikking hadden dan de teams binnen de jeugdzorg. Dit zou tot gevolg kunnen hebben gehad dat pedagogisch medewerkers in de kinder- en jeugdpsychiatrie meer tijd hadden om daadwerkelijk aan de slag te zijn met de IPAM en wellicht ook om tijd te vinden om de verbinding te leggen met het vergroten van de agressieregulatievaardigheden van de kinderen. De koepelorganisaties GGZ Nederland en Jeugdzorg Nederland konden op navraag geen gegevens leveren over het gemiddeld aantal beschikbare uren aan mankracht en ondersteuning per in hun sector verblijvend kind. Het zou daarom interessant zijn om in vervolgonderzoek de uren mankracht die een instelling aan pedagogisch medewerkers en ondersteuning per kind beschikbaar heeft als mogelijke verklaring voor het verschil tussen de sectoren na te gaan.

De manier waarop medewerkers in de praktijk met de interventie aan de slag zijn, heeft betrekking op de behandelintegriteit (Yeaton & Sechrest, 1981): wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld? Behandelintegriteit is in dit onderzoek niet als zodanig onderzocht. Wel is gekeken naar een afgeleide maat hiervoor, namelijk de implementatiegraad. Deze maat zegt vooral iets over het proces van invoering: is iedereen getraind, werden de bij de interventie behorende overleggen gehouden, was iedereen daarbij aanwezig, et cetera. De implementatiegraad van de leefgroep waarbinnen de kinderen verbleven, bleek niet van invloed op de mate waarin de agressieve gedragingen van de kinderen veranderden. Bovendien bleek de implementatiegraad tussen beide sectoren niet te verschillen. Dus ook deze factor kan niet aan het gevonden verschil tussen de sectoren ten grondslag liggen. Over de vraag of dit voor de feitelijke behandelintegriteit wel geldt, kan op grond van dit proefschrift geen uitspraak worden gedaan.

Niet alleen werd een verschil gevonden tussen de twee sectoren wat betreft de mate waarin de agressieve gedragsproblemen van de kinderen veranderden, ook werd een significant verschil gevonden in de mate waarin na invoering van de IPAM de agressiescores veranderden van kinderen met relatief lage of hoge startniveaus wat betreft reactieve agressieve gedragsproblemen (Dodge, 1991; Dodge & Coie, 1987; Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997; Kempes, Matthys, Maassen, Van Goozen, & Van Engeland, 2006; Polman, Orobio de Castro, Koops, Van Bortel, & Merk, 2007). Volgens de criteria van Cohen (1988) waren de veranderingen voor beide groepen kinderen echter verwaarloosbaar klein. Beide typen kinderen veranderden dus niet wezenlijk. Voor kinderen met relatief lage en hoge startniveaus van proactieve agressie werd in het geheel geen verschil gevonden in de mate waarin hun agressiescores veranderden. Volgens een literatuuroverzicht van Polman (2008) kunnen beide agressietypen

wel van interventie profiteren wanneer specifiek op de reactieve en op de proactieve agressie afgestemde interventietechnieken worden toegepast. Het is met behulp van dit onderzoek echter niet te bewijzen dat de relatief hoog reactief of hoog proactief agressieve kinderen helemaal niet van de interventie profiteerden. De mate van reactieve en proactieve agressie zijn in het onderzoek namelijk alleen als kindkenmerken meegenomen en niet als uitkomstmaten waarop een verandering mogelijk was. Waren reactieve en proactieve agressie wel als uitkomstmaat meegenomen, dan zou wellicht op deze maten een verandering zijn waargenomen.

Voor de groep kinderen als geheel (dus ongeacht sector en startniveau van reactieve agressie) gold dus geen verandering in de mate van agressieve gedragsproblemen na invoering van de IPAM. Daar waar wel afnames werden gevonden waren de veranderingen klein. Matthys (1997) waarschuwde al voor een te groot behandeloptimisme waar het gaat om de klinische behandeling van kinderen met ernstige gedragsproblemen. Studies laten volgens Matthys zien dat het merendeel van de behandelde kinderen met ernstige gedragsproblemen ook na behandeling – in vergelijking met niet-klinische kinderen – buiten de normale range van gedrag blijven (zie ook Wielemaker, 2009). Het extreme probleemgedrag heeft zich gedurende vele jaren ontwikkeld. Het is daarom volgens Matthys vrijwel onmogelijk dat een verandering in het gedrag al na enkele maanden optreedt. De behandeling zal eerder jaren duren. Kazdin (1987) stelt voor een chronisch-ziekte model te gebruiken voor de behandeling van gedragsproblematiek. Wellicht mag een groot effect van de IPAM op het agressieve gedrag van de kinderen dan ook niet worden verwacht. Zeker niet binnen de relatief korte periode waarbinnen het in dit proefschrift beschreven onderzoek plaatsvond.

Bij voldoende implementatie van de IPAM wordt agressie enigszins minder als beledigend beschouwd

Als pedagogisch medewerkers agressief gedrag van de kinderen in het algemeen als kwetsend, destructief of inbreuk makend beschouwen blijkt dit binnen de zorg voor volwassenen en verstandelijk beperkten samen te hangen met het vaker inzetten van inperkende maatregelen (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2007; Knotter, Stams, Jansen, & Moonen, 2008). Het is tot nog toe echter onbekend of verandering in dit gedachtegoed hand in hand gaat met een verminderd gebruik van inperkende maatregelen (Knotter e.a.). Binnen dit proefschrift ging de halvering van het aantal incidenten met inperkende maatregelen na invoering van de IPAM voor de groep pedagogisch medewerkers als geheel niet samen met een verandering in de attitudes over agressief gedrag.

Wel werd een significant interactie-effect gevonden. Pedagogisch medewerkers die werkzaam waren op een leefgroep met voldoende implementatiegraad zijn de agressie van de kinderen na implementatie minder als beledigend of kwetsend gedrag gaan beschouwen. De verandering was volgens de criteria van

Cohen (1988) klein, maar zou wel enige betekenis kunnen hebben. Voor implementatie beschouwde deze groep pedagogisch medewerkers agressief gedrag namelijk meer als beledigend of kwetsend dan dat de gemiddelde Nederlandse psychiatrisch verpleegkundige dat deed (Jansen, Middel, & Dassen, 2005). Na implementatie was van dit verschil niet langer sprake. Of implementatie voldoende of onvoldoende tot stand was gekomen had mogelijk relatie met de mate waarin medewerkers bij aanvang van het onderzoek agressie als beledigend of kwetsend ervoeren. Aan de start van het onderzoek immers, ervoeren medewerkers van een leefgroep met voldoende implementatie de agressie meer als beledigend dan medewerkers van een leefgroep met onvoldoende implementatie. Aan het einde van het onderzoek was van dit verschil niet langer sprake. Regressie naar het gemiddelde lijkt daarom een mogelijke verklaring voor het feit dat medewerkers van een leefgroep met onvoldoende implementatie na invoering van de IPAM niet betekenisvol veranderden in hun attitude. De onderzoeksresultaten kunnen echter ook reden zijn om voorzichtig te veronderstellen dat bij voldoende implementatie de IPAM veelbelovend lijkt op dit aspect van attitudeverandering. Hoewel de verandering in de attitude klein was heeft deze, aansluitend bij de suggestie van Bowers en collega's (2007) en Knotter en collega's (2008), wellicht er (mede) aan bijgedragen dat inperkende maatregelen minder vaak werden ingezet. Binnen dit proefschrift is deze eventuele causale relatie echter niet nagegaan.

Kleine toename van burn-outklachten bij niet in het fysiek en ruimtelijk inperken getrainde medewerkers en kleine toename emotionele uitputting binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en bij relatief lang in het veld werkzame medewerkers

De halvering van het aantal incidenten met een inperkende maatregel ging voor de groep pedagogisch medewerkers als geheel niet samen met een verandering in het aantal aan werk of agressie gerelateerde ziekmeldingen of het algemene niveau van burn-outklachten.

Wel was sprake van een significant interactie-effect. De burn-outklachten bleken bij pedagogisch medewerkers, die voorafgaand aan het onderzoek geen algemene cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd, na implementatie van de IPAM enigszins toe te nemen. De verandering was volgens de criteria van Cohen (1988) klein. Bij pedagogisch medewerkers die een dergelijke cursus wel hadden gevolgd, bleef het niveau van burn-outklachten stabiel. Regressie naar het gemiddelde valt hier niet uit te sluiten. De niveaus van burn-outklachten waren bij de pedagogisch medewerkers die deze cursus wel hadden gevolgd bij aanvang van het onderzoek namelijk significant hoger dan bij pedagogisch medewerkers die een cursus niet hadden gevolgd. De verschillen waren echter niet groot. Aan het eind van het onderzoek waren de niveaus van burn-outklachten min of meer gelijk. Een mogelijke andere verklaring is dat bij medewerkers die al vertrouwd waren met agressiehantering en hier al

de mogelijke technieken voor kenden, de nieuwe interventie beter kon gedijen dan bij medewerkers die nog niet in agressiehantering waren geschoold. Deze laatste groep medewerkers werd door het werken met de IPAM wellicht voor het eerst geconfronteerd met agressie van de kinderen en wat dat emotioneel met hen deed, waardoor hun burn-outklachten toenamen. Dit zou ook verklaren waarom de pedagogisch medewerkers die wel een cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd bij aanvang van het onderzoek al meer burn-outklachten hadden. Deze groep medewerkers was zich vanwege de training in het hanteren van agressie mogelijk bij aanvang van het onderzoek al meer bewust van de agressie van de kinderen en wat de agressie met hen deed. De IPAM kwam hierdoor wellicht beter tot zijn recht.

Het zijn getraind in agressiehantering is voor het werken in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie een vereiste. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010) toetst hier ook op. Binnen de jeugdzorg zijn de eisen op dit punt echter minder duidelijk, mede vanwege de onzekerheid die wordt ervaren over het wel of niet mogen toepassen van inperkende maatregelen. Hoewel de precieze relatie tussen burn-out en het al dan niet zijn getraind in agressiehantering niet kan worden geduïd, kan het hier gevonden onderzoeksresultaat dat bij pedagogisch medewerkers die niet in fysiek en ruimtelijk inperken zijn getraind de burn-outklachten toenemen, voorzichtig worden beschouwd als onderschrijving van het belang pedagogisch medewerkers standaard te trainen in fysieke en ruimtelijke agressiehantering, om zo de IPAM beter te laten gedijen.

Ook werd een significant interactie-effect gevonden voor de mate waarin emotionele uitputting veranderde en het aantal jaren dat pedagogisch medewerkers werkzaam waren in het veld van de (dag)klinische jeugdpsychiatrie en/of jeugdzorg. Bij pedagogisch medewerkers die langer dan 5 jaar in het veld werkten nam de emotionele uitputting na invoering van de IPAM toe. Ook deze verandering was volgens de criteria van Cohen (1988) klein en op beide meetmomenten week de mate van emotionele uitputting sterk af van die van een groep in de gezondheidszorg en welzijn werkende medewerkers met burn-outklachten (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). Bij pedagogisch medewerkers die 5 jaar of korter binnen dit veld werkzaam waren veranderde de mate van emotionele uitputting helemaal niet. De mate van emotionele uitputting verschilde bij aanvang van het onderzoek niet significant tussen beide groepen medewerkers. Regressie naar het gemiddelde als verklaring voor het gevonden verschil tussen de twee groepen medewerkers in de mate waarin emotionele uitputting veranderde, is daarom niet voor de hand liggend. Een mogelijke verklaring is wel dat de pedagogisch medewerkers die relatief kort werkzaam waren binnen het veld wellicht meer behoefte hadden aan protocollen en methoden en dat zij aan het werken hiermee ook meer waren gewend dan hun collega's die al langer in het veld werkten. Deze laatste groep had misschien meer moeite met en/of bezwaren tegen het werken met nieuwe protocollen en methoden. Savicki (2002)

vond in een cross-cultureel onderzoek naar factoren die bijdragen aan emotionele uitputting, dat naast ondermeer een hoge werkdruk en een beperkte ondersteuning door de leidinggevende, een geringe stimulans tot innovatie vanuit de werkomgeving bijdraagt aan een grotere mate van emotionele uitputting. Savicki heeft het over een extrinsieke stimulans vanuit de werkomgeving. Mogelijk kan dezelfde redenering worden gevolgd voor intrinsieke motivatie. Dat zou betekenen dat een gebrekkige intrinsieke motivatie tot innovatie kan bijdragen aan een gevoel van emotionele uitputting. Wanneer langer in het veld werkzame pedagogisch medewerkers zich inderdaad minder voelden gemotiveerd tot vernieuwing, is het dan een logische veronderstelling dat hun emotionele uitputting na invoering van de IPAM toenam.

Het is echter ook mogelijk dat de toename van emotionele uitputting bij relatief langer in het veld werkzame pedagogisch medewerkers los staat van de invoering van de IPAM en dat het onderzoek slechts een patroon vaststelt dat zich ook zonder invoering van een nieuwe interventie afspeelt. Burn-out ontwikkelt zich immers zelden binnen een beperkte periode, maar bouwt zich gradueel op in een langdurig proces (Cherniss, 1995). Emotionele uitputting is een belangrijk aspect van burn-out. Het is daarom mogelijk dat bij de langer in het veld werkzame pedagogisch medewerkers emotionele uitputting zich al meer ontwikkeld heeft dan bij hun korter in het veld werkzame collega's. Het was dan echter logisch geweest dat bij aanvang van het onderzoek de niveaus van emotionele uitputting tussen de twee groepen al verschilden. Dat bleek niet het geval en het is de vraag in hoeverre de onderzoeksperiode lang genoeg was om het proces dat zich bij de langer in het veld werkzame medewerkers wellicht afspeelde, zichtbaar te maken.

Tot slot werd een significant interactie-effect gevonden voor de mate waarin emotionele uitputting veranderde en de sector waarbinnen pedagogisch medewerkers werkten. Bij pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie nam de emotionele uitputting na invoering van de IPAM toe. Wederom was de verandering volgens de criteria van Cohen (1988) klein en week de mate van emotionele uitputting op beide meetmomenten sterk af van die van de groep in de gezondheidszorg en welzijn werkende medewerkers met burn-outklachten. Binnen de jeugdzorg bleef de emotionele uitputting stabiel. De niveaus van emotionele uitputting verschilden bij aanvang van het onderzoek niet tussen de twee sectoren. Regressie naar het gemiddelde lijkt daarom ook hier geen logische verklaring. Mogelijk gelden hier dezelfde verklaringen als hierboven geschetst: wellicht hadden pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie minder behoefte aan en/of meer weerstand tegen protocollen en methoden dan pedagogisch medewerkers binnen de jeugdzorg, waardoor hun emotionele uitputting na invoering van de IPAM enigszins toenam. Gezien het feit echter dat de meeste kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, juist meer dan jeugdzorg-instellingen, gewend zijn aan het werken met behandelrichtlijnen en methoden, lijkt deze verklaring niet waarschijnlijk.

Mogelijk moet een verklaring worden gezocht in een verschil in behoefte aan een ondersteunende interventie voor agressiehantering. Wellicht was deze behoefte binnen de jeugdzorg groter dan binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, mogelijk gerelateerd aan de eerder veronderstelde verschillen in mankracht en ondersteuning van de pedagogisch medewerkers tussen de sectoren. Op basis van dit onderzoek kan hierover echter geen uitspraak worden gedaan, omdat voorafgaand aan het onderzoek de behoefte aan een interventie als de IPAM niet systematisch is nagegaan.

Over het algemeen zijn slechts kleine veranderingen gevonden voor wat betreft burn-out en klachten die hieraan zijn gerelateerd. Gezien het langdurige proces waarin burn-out zich ontwikkelt (Cherniss, 1995), is het ook maar de vraag of betekenisvolle veranderingen in de relatief korte onderzoeksperiode konden worden verwacht.

Een nuttige interventie, met name wat betreft proactief en individueel handelen

Bij de evaluatie van een nieuwe interventie is het niet alleen belangrijk om naar de concrete kwantitatieve opbrengsten (*evidence*) te kijken, ook is het belangrijk de beleving na te gaan van de mensen die met de interventie werken (*practice*). Immers, alleen bij interventies die positief worden gewaardeerd zal implementatie in de praktijk kans van slagen hebben. De IPAM had volgens verreweg het merendeel van de pedagogisch medewerkers een meerwaarde. Het meest positief waren zij over de mate waarin de IPAM bijdraagt aan het proactief werken, of specifiek aan het letten op waarschuwingssignalen van agressie en het per individueel kind stilstaan bij de oorzaken van agressie.

Wat betreft de kernelementen van de IPAM waren de pedagogisch medewerkers het meest enthousiast over het IAP. De meesten wilden met dit plan ook in de toekomst blijven werken. Minder uitgesproken waren zij over de Pro-ACT. Een belangrijk knelpunt dat pedagogisch medewerkers ervoeren, is dat zij gedurende de onderzoeksperiode naast de Pro-ACT ook het registratiesysteem van de eigen instelling moesten invullen. Naar verwachting heeft dit gegeven de mate waarin medewerkers tevreden waren met de Pro-ACT beïnvloed. Het invullen van beide registratiesystemen werd door medewerkers als dubbelop ervaren. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers was dan ook van mening dat hun instelling zou moeten kiezen voor één systeem.

Wanneer implementatie onvoldoende was, waren pedagogisch medewerkers enthousiaster over de Pro-ACT dan bij voldoende implementatie. Wellicht houdt deze bevinding verband met de mate waarin medewerkers sowieso kritisch in hun werk staan. Kritische medewerkers zullen naar verwachting nauwgezet bezig zijn met de implementatie van een nieuwe werkwijze. De implementatie verloopt dan goed, maar tegelijkertijd zijn deze medewerkers wel kritisch over de interventie. Een andere mogelijke verklaring is dat pas wanneer medewerkers daadwerkelijk aan de slag gaan met de IPAM zij ervaren dat deze tijd en investering

vergt, waar zij wellicht negatief tegenover staan. Zeker wanneer tegelijkertijd ook het registratiesysteem van de eigen instelling moet worden ingevuld.

Ook waren medewerkers die relatief kort in het (dag)klinische veld werkzaam waren, enthousiaster over de IPAM dan medewerkers die al langer in het veld werkten. Wellicht houdt deze bevinding verband met het eerdere onderzoeksresultaat dat emotionele uitputting onder de relatief langer werkzame pedagogisch medewerkers na invoering van de IPAM toenam in tegenstelling tot bij de korter in het werkveld actieve medewerkers. Hierbij werd als mogelijke verklaring gegeven dat de langer in het veld werkzame medewerkers in vergelijking met de nieuwere medewerkers wellicht minder gewend waren en/of minder behoefte hadden aan het werken met nieuwe protocollen en methodieken. Mogelijk beïnvloedde dit veronderstelde kenmerk van deze medewerkers ook de manier waarop zij de IPAM beoordeelden.

Inzicht in suggesties ter optimalisering van de interventie

De ontwikkeling van een nieuwe interventie kan worden beschouwd als een cyclisch proces waarin onderzoek en doorontwikkeling op basis van de resultaten elkaar afwisselen. De IPAM is een nieuwe interventie. De in dit proefschrift beschreven klinische *trial* is het eerste onderzoek naar deze interventie. Daarom zijn ook suggesties ter optimalisering van de interventie nagegaan. De suggesties die pedagogisch medewerkers deden betroffen met name de Pro-ACT, het monitorsysteem van de IPAM. Enkele suggesties betroffen het IAP, het agressiehanteringsplan van de IPAM. Door bij doorontwikkeling van de IPAM gebruik te maken van deze suggesties draagt het proefschrift nader bij aan de ontwikkeling van de IPAM op basis van empirische (*evidence based*) en praktijkgestuurde (*practice based*) informatie.

Ook kunnen de overige onderzoeksresultaten die in dit proefschrift naar voren kwamen worden gebruikt ter optimalisering van de IPAM. Te denken valt aan een nadere aanscherping van de indicatie om met de interventie te gaan werken. De onderzoeksresultaten suggereren dat dit vooral zinvol is bij kinderen met relatief hoge niveaus van agressieve gedragsproblemen. Tevens kan bij de verbetering van de Pro-ACT worden getracht de antwoordcategorieën met een relatief lage tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid aan te scherpen of deze in de scholing en supervisie omtrent het gebruik van de IPAM nadrukkelijker aan de orde te laten komen. Bovendien kunnen de onderzoeksresultaten worden gebruikt om aanbevelingen te doen over implementatie van de interventie in de praktijk. In Paragraaf 11.4 van dit hoofdstuk wordt hierop nader ingegaan.

11.3 Bereik en beperkingen

Bereik

Sterk is in de eerste plaats dat het in dit proefschrift beschreven onderzoek plaatsvond binnen een zestal instellingen, zowel kinder- en jeugdpsychiatrische

instellingen als instellingen voor jeugdzorg, verspreid over Nederland (Groningen, Friesland, Drenthe, Brabant en Zuid-Holland). Een evenredig aantal instellingen was gelegen in een (middel-)grote stad, in de randgemeenten of in de regio. Dit vergroot de generaliseerbaarheid van de resultaten aanzienlijk. Tegelijkertijd echter had het feit dat ook jeugdzorg-instellingen in het onderzoek waren betrokken tot gevolg dat de resultaten van het deelonderzoek naar de toepassing van inperkende maatregelen slechts ten dele te generaliseren zijn. Slechts drie van de zes betrokken instellingen konden gedurende de hele onderzoeksperiode registratiegegevens over het aantal inperkende maatregelen leveren. Alle drie de instellingen waren kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. De deelonderzoeken naar de veranderingen in agressieve gedragsproblemen van kinderen en attitudes en ervaren werkbelasting bij pedagogisch medewerkers zijn wel in de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg uitgevoerd. Dat geldt ook voor het deelonderzoek naar de klinische opbrengsten en suggesties ter optimalisering van de interventie. Het bereik van deze deelonderzoeken is groter, daar zij beide sectoren betreffen.

Het waarschijnlijk grootste knelpunt voor de reikwijdte van het beschreven onderzoek is de afwezigheid van een gerandomiseerde controlegroep. De onderzoeksresultaten zijn niet vergeleken met de ontwikkelingen in een vergelijkbare groep die gedurende dezelfde periode werd gevolgd, maar waarbij de nieuwe interventie niet werd geïmplementeerd. Binnen de beschikbare financiële middelen was het niet mogelijk om een grootschalig gecontroleerd onderzoek uit te voeren. Wel bood het onderzoek ruimte een eerste stap te zetten tot verruiming van het smalle aanbod aan interventies om het gebruik van inperkende maatregelen in instellingen voor 4 tot en met 12 jarigen terug te dringen en een interventie te ontwikkelen op basis van empirische (*evidence based*) en praktijkgestuurde (*practice based*) inzichten. Bij het uitblijven van een gerandomiseerde controlegroep kunnen de in dit proefschrift beschreven onderzoeksresultaten echter onvoldoende worden gegeneraliseerd naar andere dan de betrokken onderzoeksinstellingen. Bovendien kunnen de resultaten onvoldoende worden geduid en kan toeval in de bevindingen niet worden uitgesloten. Ter illustratie, de drie kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen die registratiegegevens konden leveren, waren al gewoon te registreren. Toch kan niet worden uitgesloten dat zij dit bij de start van het onderzoek tijdelijk consequenter zijn gaan doen of dat na verloop van tijd registratiemoedigheid is opgetreden. Beide fenomenen zouden de onderzoeksresultaten ongewild kunnen beïnvloeden. Bij het uitblijven van een controlegroep doen de in dit proefschrift gevonden onderzoeksresultaten geen uitspraak over de effecten van de interventie. Zij geven de ontwikkelingen binnen de onderzoeksinstellingen weer en zijn voor eventuele effecten van de interventie indicatief.

Om toch van een zekere (niet gerandomiseerde) vergelijkingsgroep gebruik te kunnen maken, is navraag gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar landelijke cijfers over de toepassing van inperkende maatregelen gedurende

de onderzoeksperiode. De Inspectie registreert alleen de meldingen voor kinderen onder de 12 jaar die met een BOPZ-titel zijn opgenomen in een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit betreft echter zo weinig kinderen dat de cijfers geen betrouwbaar beeld geven van de toepassing van inperkende maatregelen bij deze leeftijdsgroep. Door GGZ Nederland zijn daarom recentelijk stappen ondernomen in de ontwikkeling van een op de kinderleeftijd toegespitst landelijk registratiesysteem van inperkende maatregelen (Argus) voor de jeugd-GGZ. Dit systeem zou de centrale registratie van incidenten met een inperking van alle kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen moeten faciliteren. Een vergelijking tussen de in dit proefschrift gevonden onderzoeksresultaten en de landelijke cijfers is voorsnog echter niet mogelijk. Ook een vergelijking met acht willekeurige kinderpsychiatrische instellingen in Nederland leverde geen bruikbare gegevens op. Het merendeel van deze instellingen kon de cijfers niet leveren omdat in de onderzoeksperiode (nog) niet voor de kinderen in deze leeftijd werd geregistreerd, omdat zij juist in deze periode van start waren gegaan met registratie of omdat zij gedurende deze periode eveneens projecten invoerden met als doel het gebruik van inperkende maatregelen terug te dringen.

Sterke en zwakke kanten

Een sterk punt binnen dit proefschrift is dat de ontwikkelde interventie in beginsel is gebaseerd op empirische inzichten over elementen die uit de beschikbare onderzoeken als veelbelovend naar voren kwamen in het terugdringen van inperkende maatregelen. Vanwege het beperkte aantal onderzoeken dat naar dergelijke interventies voor de kinderleeftijd is verricht, werden echter niet alleen onderzoeken onder kinderen, maar ook onderzoeken onder jeugdigen geïnccludeerd. Het is mogelijk dat de inzichten die de onderzoeken bij jeugdigen opleverden niet één op één van toepassing zijn voor de kinderleeftijd. De onderzoeken waaruit de elementen van de interventie zijn afgeleid betroffen daarnaast geen van alle gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Dergelijke onderzoeken zijn voor deze leeftijdsgroep namelijk niet gepubliceerd. Toeval als reden voor de veelbelovende resultaten van de betreffende onderzoeken kan daarom niet worden uitgesloten. Wellicht zijn zodoende bepaalde interventietechnieken onterecht als aangrijpingspunt gehanteerd bij de ontwikkeling van de IPAM. Door de interventie niet alleen op empirische inzichten, maar ook op basis van klinische inzichten te ontwikkelen en bij te stellen waar nodig, is echter getracht het risico op integratie van voor de leeftijdsgroep niet werkzame elementen aanzienlijk te verminderen. Juist deze combinatie van empirische (*evidence based*) en praktijkgestuurde (*practice based*) inzichten als basis van de interventie is een sterk punt binnen dit proefschrift.

Doordat de kinderen in de jeugdzorg niet in het deelonderzoek naar de verandering in de toepassing van inperkende maatregelen betrokken konden worden, is de onderzoeksgroep voor dit deelonderzoek relatief klein (31 kinderen).

Feit dat in deze kleine populatie toch significante veranderingen zijn gevonden, en zelfs een interactie-effect, duidt echter op voldoende power. Door het gebruik van herhaalde metingen van de toepassing van inperkende maatregelen, namelijk voor elk van de acht weken in de pre-implementatiefase en voor elk van de acht weken in de post-implementatiefase, wordt de power immers aanzienlijk verhoogd (Muthen & Curran, 1997).

Drie kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen konden registratiegegevens over de toepassing van inperkende maatregelen aanleveren. Ook hier zijn beperkingen. De instellingen hadden onderling geen goede overeenstemming in wat zij registreerden en hoe zij dit deden. Zo registreerde één instelling ook het kind licht vasthouden bij de arm of pols als inperkende maatregel, maar deden de andere instellingen dit niet. Het gebruik van de registratiegegevens van de instellingen zelf brengt klaarblijkelijk enkele bezwaren met zich mee.

Verder is de onderzoeksperiode relatief kort. Zeker gezien het eerder geschetste chronisch-ziektemodel (Kazdin, 1987) voor de behandeling van gedragsproblematiek, is het de vraag of de onderzoeksperiode van in totaal 24 weken afdoende is om resultaten in het agressieve gedrag van de kinderen te sorteren. Ditzelfde geldt voor de aan burn-out gerelateerde klachten. Ook is het de vraag of de in het in dit proefschrift gevonden veelbelovende resultaten op de lange termijn beklijven.

Tot slot is een zwak punt in het onderzoek dat niet is stilgestaan bij de invloed die veranderingen in medicatiebeleid rondom een kind zouden kunnen hebben gehad op het gedrag van het kind of de frequentie van incidenten met een inperkende maatregel. In Hoofdstuk 1 is reeds beschreven dat de inzet van medicatie als middel voor agressiehantering bij kinderen geen te prefereren interventie is. Medicatie kan echter wel worden gebruikt voor de behandeling van de eventueel aan de agressie ten grondslag liggende stoornis (Masters e.a., 2002). Ook andere factoren zoals veranderingen in gezinscontext, leefgroepsamenstelling, et cetera, die als mogelijke *confounders* in het onderzoek zouden kunnen gelden, zijn niet in het onderzoek meegenomen. De beperkte omvang van de onderzoeksgroep maakte het niet mogelijk voor een grote diversiteit aan variabelen te controleren.

11.4 Conclusies en implicaties voor verder onderzoek en de praktijk

Voor de praktijk betekenen de beschreven resultaten dat invoering van de IPAM veelbelovend is, in elk geval wat betreft de afname van het aantal incidenten met een inperkende maatregel binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het onderzoek betrof echter geen *randomised controlled trial* (RCT). Van een daadwerkelijk effect kan daarom niet worden gesproken. Een belangrijke implicatie voor de praktijk is dan ook de invoering van de IPAM gepaard te laten gaan met de uitvoering van een RCT, waarmee kan worden nagegaan of daadwerkelijk kan worden gesproken van een positief effect.

Het is belangrijk in de RCT bij het deelonderzoek naar de toepassing van inperkende maatregelen ook de jeugdzorg te betrekken, zodat ook deze onderzoeksresultaten naar de jeugdzorg-sector kunnen worden gegeneraliseerd. Samenwerking met koepelorganisaties lijkt noodzakelijk om aan voldoende deelnemende instellingen te komen. Het zal daarbij een uitdaging zijn een goede matching tussen de kinderen in de experimentele groep en controle-groep te bewerkstelligen. Probleem is namelijk dat de kinderen zijn geclusterd in leefgroepen, waarvan de op de leefgroep werkzame pedagogisch medewerkers in de IPAM worden geschoold. De randomisatie dient daarom niet per kind maar per leefgroep te gebeuren. Dit bemoeilijkt de matchingsprocedure aanzienlijk en maakt een grote onderzoeksgroep noodzakelijk.

Het onderzoek brengt implicaties mee voor de doorontwikkeling van de IPAM en voor implementatie van de interventie in de klinische praktijk. De onderzoeksresultaten duiden erop dat vooral de kinderen met relatief veel agressie van de IPAM lijken te profiteren. Dit geldt tenminste voor de mate waarin bij hen het aantal incidenten met inperkende maatregelen afneemt na invoering van de IPAM. Omdat re- en proactieve agressie als uitkomstmaten in het onderzoek niet zijn meegenomen, is het nu te vroeg om een aanbeveling te doen voor het inzetten van de interventie bij kinderen met voornamelijk één van deze typen agressief gedrag. Een klinische implicatie van het onderzoek lijkt wel, maar ook hier geldt enige voorzichtigheid vanwege het uitblijven van een RCT, de IPAM bij voorkeur in te zetten bij kinderen met relatief veel agressieve gedragsproblemen.

Hoewel meerwaarde wordt verwacht van het monitoren van zowel milde als geëscaleerde agressie met behulp van de Pro-ACT, kan worden overwogen dit niet standaard zo te doen. Het nauwgezet monitoren van alleen de agressieve incidenten waarbij van een inperkende maatregel sprake is, lijkt al van grote meerwaarde ten opzichte van de huidige praktijk van registreren. De werkdruk in de klinische praktijk is hoog en pedagogisch medewerkers waren minder uitgesproken enthousiast over de Pro-ACT dan over het IAP. De keuze om alleen nog agressieve incidenten te registreren, waarbij van een inperkende maatregel gebruik is gemaakt, kan het vele papierwerk in de praktijk verminderen. Daarnaast kan het wellicht het enthousiasme over de Pro-ACT, en dus de kans op een goede behandelintegriteit in de praktijk, doen vergroten. Wanneer voor een kind vragen leven over de oorzaken van de agressie of de hantering ervan, kan er tijdelijk voor worden gekozen ook de milde agressieve incidenten te monitoren. Dit is dan echter niet de standaard procedure.

Belangrijk is te voorkomen dat bij een incident met een inperkende maatregel zowel de Pro-ACT als een ander registratiesysteem moet worden ingevuld. De Pro-ACT maakt dit mogelijk. Deze kan immers tegelijkertijd als monitorsysteem en als registratiesysteem worden gebruikt. Zeker wanneer de Pro-ACT op termijn digitaal beschikbaar komt is het mogelijk om met behulp van de

Pro-ACT tegelijkertijd ook een melding te maken die automatisch wordt verstuurd naar de betreffende personen binnen de instelling of de Inspectie. Er dient dan echter aansluiting te worden gezocht bij het door GGZ Nederland te ontwikkelen landelijke registratiesysteem (Argus) voor kinderen. In de praktijk wordt deze stap momenteel reeds voorbereid. Overigens is het zaak dat niet alleen de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ook de instellingen voor jeugdzorg consequent en eenduidig de incidenten gaan registreren. Voorwaarde is dan dat binnen de jeugdzorg duidelijkheid ontstaat over of en wanneer inperkende maatregelen zijn toegestaan. Niet alleen komt dit een betrouwbare registratie ten goede, bovenal zal het de handelingsverlegenheid die in deze instellingen aan de orde is verminderen. Wanneer een instelling ervoor kiest de Pro-ACT als standaard registratiesysteem te hanteren, zou dit wel betekenen dat de incidenten waarbij een inperkende maatregel is toegepast voor alle kinderen op de Pro-ACT moeten worden geregistreerd. Dus ook de incidenten die kinderen met relatief lage agressieniveaus betreffen. De verwachting is dat inperkende maatregelen bij deze kinderen niet vaak aan de orde zijn en dat deze keuze de werkbelasting nauwelijks zal beïnvloeden. Een implicatie voor de praktijk is dan feitelijk dat registratie met de Pro-ACT voor alle kinderen moet gebeuren, maar dat een IAP alleen wordt opgesteld voor kinderen die daarvoor in aanmerking komen. Dat wil zeggen de kinderen met relatief veel agressieve gedragsproblemen.

Wat betreft de uitvoering van het onderzoek bestaat de indruk dat veel aanzet van de onderzoeksinstellingen is gevraagd. Mogelijk dat in vervolgonderzoek de belasting kan worden teruggeschroefd. Hoewel het meerwaarde heeft wekelijks voor ieder kind door twee afzonderlijke pedagogisch medewerkers een vragenlijst te laten invullen, is dit niet noodzakelijk. Wellicht kan er beter voor worden gekozen de tijdsinvestering over een langere periode uit te smeren. Het is dan raadzaam om weliswaar frequent, maar niet wekelijks, de vragenlijst te laten invullen. Dat zou wellicht mogelijkheden bieden om de vragenlijst uit te breiden met een instrument dat re- en proactieve agressie in kaart brengt, opdat deze ook als uitkomstmaten kunnen worden meegenomen.

Ook kan ervoor worden gekozen in de RCT een follow-up meting te doen, bijvoorbeeld een half jaar of een jaar na afronding van de post-implementatiefase, om na te gaan of de gevonden opbrengsten van het werken met de IPAM ook dan nog aanwezig zijn. Wordt voor een follow-up gekozen, dan is het niet langer haalbaar het onderzoek uit te voeren met alleen de kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode in de instellingen verblijven. Door het onderzoek uit te voeren onder alle kinderen die voor kortere of langere duur in de onderzoeksinstellingen verblijven, wordt een onderzoek met follow-up meting wel realistisch. Bovendien zijn de onderzoeksresultaten dan beter te vergelijken met de resultaten van vergelijkbare onderzoeken, die wat betreft de in- en uitstroom van een kind geen selectie maakten voor inclusie in het onderzoek. Het

zal ook waardevol zijn om in de RCT bij een grotere onderzoeksgroep voor meer kind- en omgevingsvariabelen te kunnen controleren. Te denken valt aan de eerder genoemde veranderingen in medicatiebeleid of gezinscontext van een kind of samenstelling van de leefgroep.

In vervolgonderzoek is daarnaast aan te bevelen om alle onderzoeksinstellingen met éénzelfde registratiesysteem te laten werken om zo vergelijkbare gegevens omtrent het aantal incidenten met een inperkende maatregel te kunnen verzamelen. Voor de duidelijkheid, dit kan niet de Pro-ACT zijn. De Pro-ACT is als Monitorsysteem immers onderdeel van de IPAM die wordt onderzocht. Gedurende het onderzoek zal daarom tijdelijk toch een aanvullend registratiesysteem voor inperkende maatregelen moeten worden gebruikt dat als uitkomstmaat kan worden gehanteerd. Het is daarbij aan te bevelen om in het prospectieve onderzoek al gedurende een *baseline*-periode van enkele maanden het aantal meldingen van inperkende maatregelen te verzamelen. Een eventuele wenperiode of mogelijk tijdelijke opleving van het registreren kan dan in de gegevens zichtbaar worden gemaakt. Het opnemen van een zogenaamde *baseline*-periode voorafgaande aan het feitelijke onderzoek is overigens ook voor de gedragsvragenlijsten een belangrijke aanbeveling (Sival, Albronda, Haffmans, Saltet, & Schellekens, 2000). Vervolgens dient voor registratiemoetheid te worden gewaakt. Het is met behulp van de binnen dit proefschrift verzamelde gegevens niet na te gaan of na verloop van tijd van registratiemoetheid, en dus van onderrapportage (Tenneij, Goedhard, Stolker, Nijman, & Koot, 2009), sprake was. Wellicht zou dit in vervolgonderzoek kunnen worden nagegaan door de tijdens observatiemomenten door de onderzoekers waargenomen incidenten te vergelijken met de door de medewerkers geregistreerde incidenten. Deze observatiemomenten zouden tevens een bron van informatie kunnen zijn waaruit de daadwerkelijke behandelintegriteit kan worden afgeleid. Deze maat van behandelintegriteit kan dan de in dit proefschrift meegenomen implementatiegraad vervangen.

De bevinding dat de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wat betreft hun agressieve gedragsproblemen meer van de IPAM lijken te profiteren dan de kinderen binnen de jeugdzorg behoeft in de RCT nadere exploratie. Als inderdaad blijkt dat de verklaring gelegen is in het feit dat binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie meer mankracht en ondersteuning beschikbaar is, kan deze kennis worden gebruikt bij het formuleren van aanbevelingen voor implementatie van de IPAM, ook in sub-optimale situaties die niet een ideale beschikking hebben over tijd en geld. Het zou dan aan te raden zijn richtlijnen hiervoor te ontwikkelen. Ditzelfde geldt als leeftijd de verklarende factor blijkt.

Ook de causaliteit in de relatie tussen het wel of niet zijn getraind in fysieke en ruimtelijke agressiehantering en de verandering in burn-outklachten na invoering van de IPAM is op dit moment niet duidelijk. Het zou goed zijn dit in de RCT nader uit te zoeken. Tot die tijd is het van belang om de aanbeveling te blijven volgen dat pedagogisch medewerkers die met de IPAM gaan werken

eerst getraind moeten zijn in de fysieke en ruimtelijke agressiehanteringstechnieken. Het is de veronderstelling dat bij getrainde medewerkers de IPAM beter gedijt en in elk geval niet tot een toename van burn-out gaat leiden. Maar nader onderzoek zal de precieze relatie tussen het wel of niet getraind zijn en burn-out moeten uitwijzen.

De IPAM betreft een nieuwe interventie die voorafgaande aan de start van het beschreven onderzoek alleen nog maar kleinschalig was uitgetoetst binnen de (dag)klinische kinderpsychiatrische leefgroepen van het Erasmus MC-Sophia. Het zal een belangrijke meerwaarde hebben om in de RCT de IPAM te onderzoeken na optimalisering ervan op basis van de in dit proefschrift beschreven resultaten van de in zes instellingen uitgevoerde klinische *trial*. Het lijkt bovendien nuttig om in de verbeterslag van de IPAM ook de op de vaardigheden van het kind zelf gerichte, al dan niet cognitief-gedragstherapeutische, interventietechnieken mee te nemen om de reeds gevonden veelbelovende resultaten verder uit te breiden. Mogelijk ook zou toevoeging van deze interventietechnieken de in dit proefschrift slechts bescheiden gevonden veranderingen in het agressieve gedrag van de kinderen kunnen vergroten.

Hoewel één van de conclusies uit het literatuuronderzoek naar veelbelovende interventietechnieken was dat een multi-methodische aanpak veelbelovend is in het verminderen van de toepassing van inperkende maatregelen, is het vooralsnog onzeker of het aanbieden van zowel het Monitorsysteem (de Pro-ACT) als het Individuele Agressiehanteringsplan (IAP) binnen de IPAM een meerwaarde heeft ten opzichte van de enkelvoudige interventietechnieken. Het is daarom zinvol om in de voorgestelde RCT ook het nut te onderzoeken van enerzijds de Pro-ACT of het IAP en anderzijds de gecombineerde aanpak. Een dergelijk onderzoek kan inzichten opleveren over de meerwaarde van de enkelvoudige of gecombineerde aanpak, wat doorvertaald naar de klinische praktijk ten goede zal komen aan een kosten-effectieve aanpak (Lyman, Prentice-Dunn, Wilson, & Taylor, 1989).

Literatuur

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, Vermont, University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, Vermont, University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Albrecht, G., Veerman, J.W., Damen, H., & Kroes, G. (2001). The Child Behavior Checklist for group care workers: a study regarding the factor structure. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 83-89.
- Andrews, D.A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (red.), *What Works: reducing re-offending: guidelines from research and practice* (35-62). Chichester: John Wiley.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M., & Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 319-327.
- Baumeister, R.F., Vohs, K.D., DeWall, C.N., & Zhang, L. (2010). How emotion shapes behavior: feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 167-203.
- Bech, P. (1994). Measurement by observations of aggressive behavior and activities in clinical situations. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 4, 290-302.
- Behan, J., & Carr, A. (2000). Oppositional defiant disorder. In: A. Carr (red.), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families* (102-130). London & New York: Routledge.
- Berkowitz, L., (1989). Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73.
- Berlin, I.N. (1991). Multicultural issues in the milieu treatment of violent children and adolescents. In: R.L. Hendren & I.N. Berlin (red.), *Psychiatric inpatient care of children and adolescents. A multi-cultural approach* (221-232). New York: John Wiley.
- Bjørkly, S. (1996). Report Form for Aggressive Episodes: preliminary report. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 1139-1152.

- Björkly, S. (2000). The interrater reliability of the Report Form for Aggressive Episodes. *Journal of Family Violence*, 15, 269-279.
- Björkly, S. (1998). Interrater reliability of the Report Form for Aggressive Episodes in group ratings. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 1405-1406.
- Boendermaker, L. (2008). Nieuw zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen: JeugdzorgPlus – drang en dwang in de jeugdzorg. *JeugdenCo Kennis*, 1, 8-20.
- Bower, P. (2003). Efficacy in evidence-based practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 328-336.
- Bowers, L. (2000). The expression and comparison of ward incident rates. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 365-374.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorders. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 349-356.
- Bowers, L., Nijman, H., & Palmstierna, T. (2007). The attempted and actual scale (attacks). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 171-176.
- Bowers, L., Nijman, H., Palmstierna, T., & Crowhurst, N. (2002). Issues in the measurement of violent incidents and the introduction of a new scale: the Attacks (Attempted and Actual Assault Scale). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412), 106-109.
- Boxer, P. (2007). Aggression in very high-risk youth: examining developmental risk in an inpatient psychiatric population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 636-646.
- Breakwell, G. (1995). Theories of violence. In: B. Kidd & C. Stark (red.), *Management of violence and aggression in health care* (1-11). London: Gaskell.
- Buitelaar, J. (2000). Open-label treatment with risperidone of 26 psychiatrically-hospitalized children and adolescents with mixed diagnoses and aggressive behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10(1), 19-26.
- Byrt, T., Bishop, J., & Carlin, J.B. (1993). Bias, prevalence and kappa. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(5), 423-429.
- Carlson, G.A. (1995). Commentary: national plan for research on child and adolescent mental health disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 724-726.
- Carlson, G.A., Potegal, M., Margulies, D., Gutkovich, Z., & Basile, J. (2009). Rages: what are they and who has them? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19(3), 281-288.
- Carmel, H., & Hunter, M. (1989). Staff injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 41-46.
- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York: Routledge.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Conley, J. (2004). The NTAC training curriculum for the reduction of seclusion and restraint. *Evaluation fast Facts from the Evaluation at HSRI*, 3, 1-4.
- Crick (1996). The role of overt aggression, relational aggression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustment. *Child Development*, 67, 2317-2327.
- Day, D.M. (2000). *A review of the literature on restraints and seclusion with children and youth: Toward the development of a perspective in practice*. Report prepared for the Intersectoral/Interministerial Steering Committee on Behaviour Management Interventions for Children and Youth in Residential and Hospital Settings, Toronto, Ontario, Canada.
- Day, D.M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: the role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278.

- De Bode, R. (2003). Woede, angst en vernedering. Over het gebruik van de separeer cel in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, 55, 4-9.
- De Niet, G., Lendemeijer, B., & Hutschemaekers G. (2005). Is the reducing effect of the Staff Observation Aggression Scale due to a learning effect? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12, 687-694.
- Dean, A.J., Duke, S., George, M., & Scott, J. (2007). Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 711-720.
- Dekker, M.C., Koot, H.M., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2002). Emotional and behavioural problems in children and adolescent with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-1098.
- Delaney, K.R. (2006). Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19-30.
- Delaney, K.R. (2009). Reducing reactive aggression by lowering coping demands and boosting regulation: five key staff behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 211-219.
- Delaney, K.R., & Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services*, 56(2), 186-192.
- Dieleman, G.C., Dierckx, B., & Hofstra, M.B. (2011). *Psychofarmaca in de KJP. Formulierium voor de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk*. Assen: Van Gorcum B.V.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In: D.J. Pepler & K.H. Rubin (red.), *The development and treatment of childhood aggression* (201-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 146-158.
- Dodge, K.A., Lochman, J.E., Harnish, J.D., Bates, J.E., & Pettit, G.S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 106 (1), 37-51.
- DosReis, S., Barnett, S., Love, R.C., Riddle, M.A., & the Maryland Youth Practice Improvement Committee (2003). A guide for managing acute aggressive behavior of youths in residential and inpatient treatment facilities. *Psychiatric Services*, 54(10), 1357-1363.
- Durrant, M. (1993). *Residential treatment. A cooperative, competency-based approach to therapy and program design*. New York & London: W.W. Norton & Company.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- European Rating Aggression Group (1992). Social Dysfunction and Aggression Scale in generalized aggression and in aggressive attacks: A validity and reliability study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2, 15-29.
- Fisher, W.A. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1584-1591.
- General Assembly Resolution (1990). *Convention on the Rights of the Child*. United Nations.
- GGZ Nederland (2002). *Richtlijn fysieke inperking in de kinderpsychiatrie*. Utrecht: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland, Ministerie van VWS, & Inspectie voor de Gezondheidszorg, (2011). *Argus. Uniforme registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland/Ministerie van VWS/Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Goddard, N., Van Gink, G., Van der Stegen, B., Van Driel, J., & Cohen, A.P. (2009). Smeed het ijzer als het koud is. Non-violent resistance op een acuut psychiatrische afdeling voor adolescenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6, 531-539.

- Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, Ill: Research Press.
- Goren, S., Abraham, I., & Doyle, N. (1996). Reducing violence in a child psychiatric hospital through planned organizational change. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 9(2), 27-36.
- Greene, R.W., Ablon, J.S., & Martin, A. (2006). Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services*, 57(5), 610-612.
- Gresham, F.M., Gansle, K.A., & Noell, G.H. (1993). Treatment Integrity in Applied Behavior Analysis with Children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 257-263.
- Gullick, K., McDermott, B., Stone, P., & Gibbon, P. (2005). Seclusion of children and adolescents: psychopathological and family factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 37-43.
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Huckshorn, K.A. (2004). Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33.
- Huckshorn, K.A. (2005). *A snapshot of six core strategies for the reduction of seclusion and restraint*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center, National Association of State Mental Health Program Directors.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Kwaliteit van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie goed op streek. Verdere verbetering mogelijk*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Jansen, G.J., Dassen, T.W.N., Burgerhof, J.G.M., & Middel, B. (2006). Psychiatric nurses' attitudes towards inpatient aggression: preliminary report of the development of Attitude Towards Aggression Scale (ATAS). *Aggressive Behavior*, 32(1), 44-53.
- Jansen, G.J., Middel, B., & Dassen, T.W.N. (2005). An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 467-477.
- Jonikas, J.A., Cook, J.A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J. (2004). A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- Kalogjera, I.J., Bedi, A., Watson, W.N., & Meyer, A.D. (1989). Impact of therapeutic management on use of seclusion and restraint with disruptive adolescent inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(3), 280-285.
- Kay, S.R., Wolkenfield, F., & Murril, L. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients I. nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 539-546.
- Kazdin, A.E. (1987). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kazdin, A.E. (1999). Current (lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(4), 533-543.
- Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kempes, M., Matthys, W., Maassen, G., Van Goozen, S., & Van Engeland, H. (2006). A parent questionnaire for distinguishing between reactive and proactive aggression in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 285-299.
- Kidd, B., & Stark, C. (red.) (1995). *Management of violence and aggression in health care*. London: Gaskell.
- Knorth, E.J., Klomp, M., Van den Bergh, P.M., & Noom, M.J. (2007). Aggressive adolescents in residential care: a selective review of treatment requirements and models. *Adolescence*, 42(167), 461-485.

- Knotter, M.H., Stams, G.J.J.M., Jansen, G.J., & Moonen, X.M.H. (2008). Attitude en interventiegedrag bij begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking en agressief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 2, 94-114.
- Konijn, C. (red.) (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- LeBel, J., & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*, 56(9), 1109-1114.
- LeBel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M., Harper, G., LaFlair, L., & Sudders, M. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 37-45.
- Lewis, D.O. (1996). Conduct disorders. In: M. Lewis (red.), *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* (564-577). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Lyman, R.D., Prentice-Dunn, S., Wilson, D.R., & Taylor, G.E. (1989). Issues in residential and inpatient treatment. In: R.D. Lyman, S. Prentice-Dunn, & S. Gabel (red.), *Residential and inpatient treatment of children and adolescents* (3-22). New York & London: Plenum press.
- Maier, G. (1996). Managing threatening behaviour. The role of talk down and talk up. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34, 25-30.
- Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D., & Cardona, L. (2008). Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatric Services*, 59(12), 1406-1412.
- Maslach C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory; manual research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Masters, K.J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R.S, Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J.A., Stock, S., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behaviour in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 4S-25S.
- Matthys, W. (1997). Residential Behavior Therapy for Children with Conduct Disorders. *Behavior Modification*, 21(4), 512-532.
- Morrison, E.F. (1990). Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal*, 4, 65-82.
- Morrison, E.F., & Love, C.C. (2003). An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 146-155.
- Mulder, N., & Noorthoorn, E. (2010). *Vier jaar projecten Dwang en Drang in Nederland. Opmaken van een balans*. Lezing op Nationale Onderzoeksdag Dwang en Drang, 11 maart 2010.
- Muthen, B. O., & Curran, P. J. (1997). General longitudinal modeling of individual differences in experimental designs: a latent variable framework for analysis and power estimation. *Psychological Methods*, 2, 371-402.
- National Association of State Mental Health Program Directors (2000). Reducing the use of seclusion and restraint: finding strategies, and recommendations. *Emergency Psychiatry*, 6, 7-13.
- Nijman, H.L.I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 412, 142-143.

- Nijman, H. L. I., Bjørkly, S., Palmstierna, T., & Almvik, R. (2006). Assessing aggression of psychiatric patients: Methods of measurement and prevalence. In: D. Richter & R. Whittington (red.), *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* (12-22). New York: Springer.
- Nijman, H. L. I., Merckelbach, H. L. G. J., Allertz, W. F. F., & à Campo, J. M. L. G. (1997a). Prevention of aggressive incidents in a closed psychiatric ward. *Psychiatric Services*, 48, 694-698.
- Nijman, H., Palmstierna, T., Almvik, R., & Stolker, J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale; A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Ravelli, D.P., & Merckelbach, H.L.G.J. (1999a). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 832-834.
- Nijman, H.L.I., Allertz, W.W.F., Merckelbach, H., à Campo, J., & Ravelli, D. (1997b). Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry*, 11, 106-114.
- Nijman, H.L.I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A.M., Van Rixtel, A., & Allertz, W. (1999b). The Staff Observation Aggression Scale- Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.
- Nilsson, K., Palmstierna, T., & Wistedt, B. (1988). Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 172-175.
- Nunno, M.A., Holden, M., & Leidy, B. (2003). Evaluating and monitoring the impact of a crisis intervention system on a residential child care facility. *Children and Youth Services Review*, 25(4), 295-315.
- Omer, H. (2004). *Non-violent resistance: a new approach to violent and self-destructive children*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Omer, H., Irbauch, R., & Von Schlippe, A. (2005). Non-violent resistance in schools. *Pedagogik*, 54, 42-57.
- Omer, H., Shor-Sapir, I., & Weinblatt, U. (2006). Non-violent resistance and violence against siblings. In: C. Tsirigotis, A. Von Schlippe, & J. Schweizer-Rothers (red.), *Coaching for parents, mothers, fathers and their job* (44-67). Heidelberg: Carl Auer.
- Palmstierna, T., & Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
- Polman, H. (2008). *Hot-headed or cold-blooded? Towards a clear distinction between reactive and proactive aggression in youth*. Dissertatie Universiteit Utrecht.
- Polman, H., Orobio de Castro, B., Koops, W., Van Boxtel, H.W., & Merk, W.W. (2007). A meta-analysis of the distinction between reactive and proactive aggression in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 522-535.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Sanders, M.R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention of behaviour and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse Burnout Schaal (UBOS): Testhandleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Services.
- Schreiner, G.M., Crafton, C.G., Sevin, J.A. (2004). Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health*, 31, 449-463.
- Simes, D., & Trotter, C. (1990). Tough boys discover choices: dealing with violence in the residential care setting. *Family Therapy Case Studies*, 5(1), 51-60.
- Singh, N.N., Singh, S.D., Davis, C.M., Latham, L.L., & Ayers, J.G. (1999). Reconsidering the use of seclusion and restraints in inpatient child and adult psychiatry. *Journal of Child and Family Studies*, 8(3), 243-253.
- Savicki, V. (2002). Cultural factors related to burnout in child and youth care workers in thirteen cultures. In: E.J. Knorth, P.M. Van den Bergh, & F. Verheij (red.), *Professionalization and participation in child and youth care* (135-158). Hampshire: Ashgate.

- Sival, R.C., Albronda, T., Haffmans, P.M.J., Saltet, M.L., & Schellekens, C.M.A.M. (2000). Is aggressive behaviour influenced by the use of a behaviour rating scale in patients in a psychogeriatric nursing home? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 108-111.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2009). *De jeugd een zorg*. Den Haag: SCP.
- Sourander, A., Ellilä, H., Välimäki, M., & Piha, J. (2002). Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 162-167.
- Steinert, T., Wölflle, M., & Gebhardt, R.P. (2000). Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 107-112.
- Steinert, T., Wölflle, M., & Gebhardt, R.P. (1999). No correlation of serum cholesterol levels with measures of violence in patients with schizophrenia and non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 14, 80-81.
- Sukhodolsky, D.G., Cardona, L., Martin, A. (2005). Characterizing aggressive and noncompliant behaviors in a children's psychiatric inpatient setting. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 177-193.
- Ten Wolde, A.C., & Koorenhof, M. (2006). Het meten van agressie middels zelfrapportage bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 32(1), 27-42.
- Tenneij, N.H., Goedhard, L.E., Stolker, J.J., Nijman, H.L.I., & Koot, H. (2009). The correspondence between the Staff Observation Aggression Scale-Revised and two other indicators for aggressive incidents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4), 283-288.
- Tick, N.T., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 473-482.
- Valenkamp, M.W., Verheij, F., Nijman, H.L.I., Palmstierna, T., & Bjørkly, S. (2009). *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool*. Rotterdam: afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie Erasmus MC-Sophia.
- Van der Laan, P.H. (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30, 31-48.
- Van der Ploeg, J.D. (2009). *Agressie*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van der Ploeg, J.D., & Scholte, E.M. (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings*. Amsterdam: Nippo.
- Van der Werf, B., Goedhart, A., & Huiberts, S. (1998). *Signaleringsplannen. Naar minder agressie en dwang in de psychiatrie*. Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: the role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 83, 392-407.
- Van Doorn, E.C., & Verheij, F. (2008). *Adaptief behandelen op school*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.
- Van Yperen, T.A., & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Verheij, F., & Van Doorn, E.C. (2008). *Ontwikkeling & Leren. Psychiatrie op school*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL 4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Visalli, H., & McNasser, G. (2000). Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 35-44.
- Visalli, H., McNasser, G., Johnston, L., & Lazzaro, C.A. (1997). Reducing high-risk interventions for managing aggression in psychiatric settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 11, 54-61.

- Vitiello, B., & Stoff, D.M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 307-315.
- Weinblatt, U., & Omer, H. (2008). Non-violent resistance: a treatment for parents of children with acute behaviour problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 75-92.
- Wielemaker, J.F. (2009). *Langdurig klinisch behandeld in de kinder- en jeugdpsychiatrie; een follow-up onderzoek na 5 tot 25 jaar*. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Wistedt, B., Rasmussen, A., Pedersen, L., Malm, U., Träskman-Bendz, J., Wakelin, J., & Bech, P. (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23, 249-252.
- Yeaton, W., & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 156-167.

Samenvatting / Summary

Samenvatting

Doel van het in dit proefschrift beschreven onderzoek is een interventie te ontwikkelen om binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg waar kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar verblijven de toepassing van inperkende maatregelen, namelijk ruimtelijk en fysiek inperken, bij de hantering van agressief gedrag te verminderen. De onderbouwing en ontwikkeling van de interventie staan in Hoofdstuk 1 tot en met 4 centraal. Het onderzoek naar de opbrengsten van de interventie staat beschreven in Hoofdstuk 5 tot en met 10. In Hoofdstuk 11 worden de resultaten bediscussieerd.

Hoofdstuk 1 bespreekt de probleemstelling van dit proefschrift. Ongeveer de helft van de kinderen en jeugdigen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg kampt met agressieve gedragsproblemen (Wielemaker, 2009; Van der Ploeg, 2009). Wanneer de agressie mild is, hebben pedagogisch medewerkers mogelijkheden om escalatie te helpen voorkomen. Bij escalatie is het belangrijk de veiligheid zoveel mogelijk te waarborgen. Pedagogisch medewerkers worden daarom getraind in het verantwoord fysiek en ruimtelijk hanteren van de geëscaleerde agressie. Het wettelijk kader voor het toepassen van inperkende maatregelen bij kinderen, maar ook de negatieve consequenties die ermee in verband worden gebracht, zijn echter redenen om terughoudend te zijn met de toepassing ervan. Het eerste hoofdstuk eindigt dan ook met de doelstelling van het in dit proefschrift beschreven onderzoek: een interventie te ontwikkelen om binnen (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg voor kinderen tussen de 4 en 12 jaar de toepassing van inperkende maatregelen te verminderen. Getracht wordt dit doel te behalen door de ontwikkeling van een interventie voor proactieve agressiehantering, die beantwoordt aan de empirische (*evidence based*) en praktijkgestuurde (*practice based*) inzichten over agressiehantering.

Hoofdstuk 2 behandelt het literatuuronderzoek naar factoren die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen. Diverse kenmerken

op het niveau van het kind, de leefgroep en de pedagogisch medewerkers blijken samen te hangen met de toepassing van inperkende maatregelen. De in dit proefschrift te ontwikkelen interventie dient op de veranderbare kenmerken te interveniëren, opdat daarmee het risico op inperkende maatregelen afneemt. Slechts twee kindfactoren lijken veranderbaar, namelijk de mate van impulscontrole en de copingvaardigheden. De factoren op het niveau van de leefgroep zijn juist voor het merendeel te beïnvloeden. De dagen en tijdstippen die samenhangen met de toepassing van inperkende maatregelen zijn niet zo zeer te veranderen, het is wel mogelijk met deze kenmerken rekening te houden. De overige factoren, zoals de mate van gestructureerdheid van dagprogramma's en locaties, zijn via verandering in beleid te beïnvloeden. Op het niveau van de pedagogisch medewerkers geldt dat de manier waarop zij agressie van de kinderen interpreteren en het risico op tegenoverdracht veranderbare factoren zijn. Door sturing op het beleid van de teamsamenstelling is met geslacht en relevante werkervaring rekening te houden.

Hoofdstuk 3 bespreekt het literatuuronderzoek naar de aangrijpingspunten voor het terugdringen van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Van daadwerkelijk effectonderzoek is in de gepubliceerde onderzoeken geen sprake. De onderzoeken doen een uitspraak over de mate waarin interventietechnieken veelbelovend zijn in het terugdringen van de toepassing van inperkende maatregelen. Geconcludeerd is dat een multi-methodische aanpak, die gebruik maakt van diverse interventietechnieken tegelijkertijd, de voorkeur heeft. In totaal zijn twaalf interventietechnieken gedestilleerd die veelbelovende aangrijpingspunten vormen voor het terugdringen van inperkende maatregelen in (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Binnen de technieken is een onderscheid te maken tussen interventies die zijn gericht op het vergroten van vaardigheden van pedagogisch medewerkers en interventies die juist de agressieregulatievaardigheden van de kinderen en jeugdigen vergroten.

Hoofdstuk 4 beschrijft de ontwikkeling van de Individuele Proactieve Agresiehanteringsmethode (IPAM). Bij de ontwikkeling is gebruik gemaakt van de in Hoofdstuk 3 beschreven veelbelovende interventietechnieken. Door een combinatie van empirische (*evidence based*) en praktijkgestuurde (*practice based*) inzichten zijn de twee kernelementen van de interventie ontwikkeld.

Enerzijds werd besloten tot een systeem voor monitoring van de agressieve incidenten. Op basis van de *Staff Observation Aggression Scale - revised* (SOAS-R) en de *Report Form for Aggressive Episodes* (REFA) is een voor de (dag)klinische instellingen voor kinderen nieuw monitorinstrument tot stand gekomen, te weten de *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool* (Pro-ACT).

Anderzijds werd besloten tot de ontwikkeling van een Individueel Agresiehanteringsplan (IAP). In dit plan kan voor een individueel kind per agresiefase, lopend van afwezig naar escalerende agressie, worden vastgelegd welke

gedragingen het kind laat zien en welke interventies geschikt zijn om het gaan ontstaan of het oplopen van agressie te voorkomen. De informatie op grond van de monitoring met behulp van de Pro-ACT kan inzichtgevend zijn voor het opstellen van het IAP. Monitoring levert immers informatie op over onder andere waarschuwingssignalen van beginnende agressie en contextuele provocaties die bij een individueel kind voorafgaan aan de agressie.

Binnen beide kernelementen van de IPAM zijn de veelbelovende interventietechnieken geïntegreerd. Van een multi-methodische aanpak is zodoende sprake. Bovendien zijn de twee kernelementen onlosmakelijk met elkaar verbonden en wordt in de interventie ook aan een randvoorwaardelijk kader aandacht geschonken.

Hoofdstuk 5 beschrijft de opzet van het onderzoek waarmee de IPAM binnen zes (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg in Nederland is onderzocht. De onderzoekspopulatie, analysemethoden en meetinstrumenten worden in dit hoofdstuk behandeld. Het onderzoek betrof een ongecontroleerde klinische *trial* met drie onderzoeksfasen die elk acht weken duurden: de pre-implementatiefase, de implementatiefase en de post-implementatiefase. In Hoofdstuk 6 tot en met 10 van dit proefschrift worden de verschillende onderzoeksvragen uitgewerkt en de resultaten beschreven.

In **Hoofdstuk 6** zijn de belangrijkste kenmerken van de agressieve incidenten in de (dag)klinische instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg beschreven zoals deze naar voren kwamen door monitoring van 1029 incidenten met behulp van de Pro-ACT. Begrenzing is de meest voorkomende provocatie voor een kind om agressief gedrag te vertonen. In mindere mate geldt dit ook voor interactie met andere personen. Brutaal gedrag, schelden, gillen of krijsen is in drie kwart van de incidenten aan de orde. Meestal is daarnaast ook van ander agressief gedrag sprake. De agressie is het vaakst gekeerd tegen de pedagogisch medewerkers. In ruim de helft van de incidenten is geen schade aangericht, hoewel emotionele consequenties bij het slachtoffer regelmatig voorkomen. Gemiddeld zijn vier verschillende maatregelen per incident toegepast. Verbale pedagogische maatregelen zijn veruit het vaakst toegepast. Ook milde dwang is in ruim een kwart van de incidenten aan de orde. Van de inperkende maatregelen wordt het kind onder dwang naar de (slaap-)kamer verplaatsen met fysieke begeleiding van de medewerker(s) in ruim een kwart van de incidenten toegepast. De overige inperkende maatregelen zijn in meer dan 10% van de incidenten aan de orde.

Op basis van analyse van 126 incidenten, waarvoor twee pedagogisch medewerkers onafhankelijk van elkaar een eigen Pro-ACT formulier invulden, bleek de tussenbeoordelaarbetrouwbaarheid middelmatig te zijn ($\kappa = 0,52$). Bij een derde van de categorieën was deze goed.

In **Hoofdstuk 7** is onderzocht of het gebruik van inperkende maatregelen afnam na invoering van de IPAM. Dit is nagegaan door het aantal meldingen van

incidenten met een inperkende maatregel te volgen gedurende de pre-implementatiefase en de post-implementatiefase. Slechts drie van de zes onderzoeksinstellingen konden de registratiegegevens aanleveren. Op de 31 kinderen die gedurende de gehele onderzoeksperiode in deze drie, kinder- en jeugdpsychiatrische, instellingen verbleven heeft het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek betrekking. Er bleek sprake van een halvering van het aantal incidenten met een inperking na invoering van de nieuwe interventie. Het verschil is significant. Bij kinderen met relatief hoge startniveaus van agressieve gedragsproblemen nam het aantal incidenten sterker af dan bij kinderen met relatief lage startniveaus van agressieve gedragsproblemen, die geen of nauwelijks inperkende maatregelen meemaakten.

In **Hoofdstuk 8** is nagegaan of ook sprake was van een verandering in het agressieve gedrag van de kinderen na implementatie van de IPAM. Alle zes de onderzoeksinstellingen waren in dit onderzoek betrokken. Over de groep van 94 kinderen als geheel bleek geen verandering in het agressieve gedrag op te treden.

Wel bleek dat bij kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie het agressieve gedrag meer afnam dan bij de kinderen binnen de jeugdzorg. Dit gold zowel voor algemene agressieve gedragingen (CBCL subschaal Agressief gedrag) als voor agressief gedrag dat specifiek is voor de klinische context (SDAS-9 en MOAS). De afname van de agressieve gedragsproblemen was bij de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie echter klein en voor relationele agressie (CSBS-T subschaal Relationele agressie) zelfs verwaarloosbaar klein. Bij de kinderen in de jeugdzorg namen de agressiescores juist toe. De toename was echter verwaarloosbaar klein.

De kinderen die in een leefgroep verbleven waar de implementatie van de IPAM succesvol was verlopen, bleken in de periode na implementatie meer voor de klinische context typische agressieve gedragsproblemen (SDAS-9 en MOAS) te vertonen dan in de periode voor implementatie. Bij de kinderen die op een leefgroep verbleven met onvoldoende implementatie namen deze agressieve gedragsproblemen juist af. In beide groepen waren de veranderingen echter verwaarloosbaar klein.

Het startniveau van reactieve agressie bleek uit te maken voor de mate waarin de algemene agressieve gedragsproblemen (CBCL subschaal Agressief gedrag) na implementatie van de IPAM veranderden. Dit gold ook voor de mate waarin enkele voor de klinische context typische agressieve gedragsproblemen (SDAS-9) veranderden. De veranderingen waren voor zowel de kinderen met een relatief laag als relatief hoog startniveau van reactieve agressie echter verwaarloosbaar klein.

In **Hoofdstuk 9** is nagegaan of na implementatie van de interventie sprake was van veranderingen bij de pedagogisch medewerkers. Over de groep van 98 pedagogisch medewerkers als geheel trad geen verandering op in de manier waarop zij het agressieve gedrag van de kinderen op de leefgroep interpreteerden, de ervaren burn-outklachten en het aantal officiële en zelfgerapporteerde aan werk of agressie gerelateerde ziekmeldingen.

Specifieker gekeken bleek wel dat pedagogisch medewerkers op een leefgroep waar de implementatie van de IPAM onvoldoende succesvol was verlopen, over de fasen heen de agressie van de kinderen meer als beledigend of kwetsend (ATAS subschaal Beledigend) gingen beschouwen. De toename was echter verwaarloosbaar klein. Was de implementatie voldoende, dan nam de mate waarin de agressie van de kinderen als beledigend of kwetsend werd beschouwd juist af. Deze afname was klein.

Het algemene niveau van burn-outklachten (UBOS-C) bleek bij pedagogisch medewerkers die voorafgaand aan het onderzoek geen algemene cursus fysieke en ruimtelijke agressiehantering hadden gevolgd, over de fasen heen toe te nemen. Deze toename was klein. Bij pedagogisch medewerkers die een dergelijke cursus wel hadden gevolgd, bleef het niveau van burn-out stabiel.

Bij pedagogisch medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en bij pedagogisch medewerkers die langer dan 5 jaar werkzaam waren in het (dag)klinische werkveld nam de emotionele uitputting (UBOS-C subschaal Emotionele uitputting) toe. Deze toenames waren klein. Binnen de jeugdzorg en bij pedagogisch medewerkers die 5 jaar of korter in het veld werkten bleef de emotionele uitputting stabiel.

Hoofdstuk 10 betreft de kwalitatieve evaluatie van de IPAM. Volgens verreweg de meeste pedagogisch medewerkers had de interventie een meerwaarde. Het meest positief waren zij over de mate waarin de IPAM bijdraagt aan het meer proactief werken: het letten op waarschuwingssignalen en het per individueel kind stilstaan bij de oorzaken van agressie.

Het meest enthousiast waren de pedagogisch medewerkers over het IAP. De meesten wilden met de plannen blijven werken. Minder uitgesproken waren de pedagogisch medewerkers over de Pro-ACT. Hoewel een ruime meerderheid de informatie die monitoring met de Pro-ACT oplevert inzichtgevend en/of nuttig vond, wilde slechts de helft met de Pro-ACT blijven werken. Volgens het merendeel van de pedagogisch medewerkers geniet het de voorkeur als de eigen instelling een keuze zou maken tussen het gebruik van ofwel het eigen meldingsformulier of de Pro-ACT voor de registratie van agressieve incidenten.

Pedagogisch medewerkers die korter dan 5 jaar werkzaam waren in het (dag)klinische werkveld bleken significant enthousiaster over de opbrengsten van de IPAM voor de agressiehantering dan medewerkers die langer dan 5 jaar in het veld werkten. Over de Pro-ACT waren zij, maar ook de medewerkers van leefgroepen met onvoldoende implementatie, significant enthousiaster dan pedagogisch medewerkers die 5 jaar of langer werkzaam waren in het (dag)klinisch werkveld of die werkten op leefgroepen waar implementatie voldoende succesvol was verlopen.

Er zijn suggesties gedaan ter verbetering van de IPAM. Na ordening op thema leverde dit 16 verschillende suggesties ter optimalisering van de Pro-ACT en 5 ter verbetering van het IAP op.

In **Hoofdstuk 11** worden de bevindingen uit dit onderzoek beschouwd. De belangrijkste conclusies worden beschreven, alsmede de reikwijdte en sterke en

zwakke kanten van het onderzoek. Tot slot worden implicaties beschreven voor verder onderzoek en de praktijk. Waarschijnlijk de belangrijkste conclusie is de gevonden halvering in het aantal incidenten met een inperkende maatregel. Met name de kinderen met relatief hoge niveaus van agressieve gedragsproblemen lijken van de IPAM te profiteren. Bij het uitblijven van een controlegroep zijn de gevonden resultaten veelbelovend. Van een daadwerkelijk effect kan niet worden gesproken. Daarom is een belangrijke aanbeveling een grootschalig gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de IPAM uit te voeren. Het onderzoek zou dan moeten plaatsvinden binnen zowel de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie als de jeugdzorg. Binnen beide sectoren zou met eenzelfde registratiemethode gewerkt moeten worden om gedurende het onderzoek de toepassing van inperkende maatregelen betrouwbaar en eenduidig in kaart te kunnen brengen. De onderzoeksresultaten geven tevens inzicht in verbeterpunten van de IPAM. Het verdient aanbeveling het gerandomiseerde onderzoek uit te voeren met een op grond van deze verbeterpunten bijgestelde IPAM.

Summary

Aim of this dissertation is to develop an intervention for (semi)residential child psychiatry and youth care for children aged 4 to 12 years old to minimize the use of restrictive interventions, which are seclusion and restraint, in the management of aggressive behaviors. The theoretical background and development of the intervention is discussed in chapter 1 to 4. The research that has been conducted to assess the intervention yield is described in chapter 5 to 10. Chapter 11 discusses the main results.

Chapter 1 outlines the main research theme of the dissertation. Approximately half of the children in (semi)residential child psychiatry and youth care manifests aggressive behavior problems (Wielemaker, 2009; Van der Ploeg, 2009). When aggressive behavior is mild, group workers can help to prevent escalations to happen. In case of escalation, safety needs to be guaranteed as much as possible. For that reason, group workers are being trained in responsible use of seclusion or restraint in the management of escalated aggression. The legal framework for using restrictive interventions with children and its possible negative consequences are reasons to be careful in using these interventions. Chapter 1 ends with presenting the goal of the research that is described in this dissertation: to develop an intervention that decreases the use of restrictive interventions in (semi)residential child psychiatry and youth care for children aged 4 to 12 years old. We tried to achieve this goal by developing an intervention for proactive aggression management by using *evidence based* and *practice based* knowledge of aggression management.

Chapter 2 reviews the literature about factors that are related to the use of restrictive interventions. Different factors on the level of the child, ward

and group workers are correlated with the use of restrictive interventions. The intervention that is developed in this dissertation needs to intervene on dynamic factors (factors that can be changed) to decrease the risk of using restrictive interventions. Only two of the factors on the level of the child seem to be dynamic; the level of impulse control and coping skills. The factors on the level of the ward are, for the most part, dynamic. Days and times that are associated with the use of restrictive interventions are themselves not dynamic, but it is possible to account or control for these characteristics. The other factors, like the extent to which dayprograms and locations are clearly structured, can be changed through policy. With regard to possible risk factors on the level of group workers, the literature shows that the way group workers interpret the aggression of the children and the risk of counter-transference are dynamic factors. By influencing team composition one can account for the factors sex and relevant work experience.

Chapter 3 reviews the literature on the starting points for reducing the number of restrictive interventions in (semi)residential institutes for child and adolescent psychiatry and youth care. The published studies do not contain any real effect studies. Rather, the studies speak to the issue of whether intervention techniques are promising in reducing the frequency of restrictive interventions. One can conclude that a multi-method approach, that builds on the simultaneous use of different intervention techniques, works best. In total, twelve promising starting points for reducing restrictive interventions in (semi)residential institutes for child and adolescent psychiatry and youth care were distilled. Within the variety of promising starting points, a differentiation can be made between intervention techniques that are aimed towards skill enhancement of group workers and interventions that are primarily aimed at aggression management skill enhancement of children and youths.

Chapter 4 describes the development of the Individual Proactive Aggression Management intervention (IPAM). In the development of the instrument the promising intervention techniques described in Chapter 3 were used. By combining scientific (*evidence based*) and practice-related (*practice based*) insights, the two core elements of the intervention were developed.

First, a system was chosen that allowed for the monitoring of aggressive incidents. On the basis of the *Staff Observation Aggression Scale - revised* (SOAS-R) and the *Report Form for Aggressive Episodes* (REFA) a new monitoring instrument was developed for use in (semi)residential institutions for children in the age of 4 to 12 years: the *Proactive monitoring of Aggression in Children Tool* (Pro-ACT).

Secondly, an Individual Aggression management Plan (IAP) was developed. In this plan, one can describe per aggression level the behaviors of each individual child and which interventions can be used to best prevent aggression and escalation of aggression. These aggression levels go from absent to escalating aggression. The information on the basis of monitoring with the Pro-ACT can

provide insights for filling out the IAP. Hence, monitoring will yield information about, amongst others, warning signals of beginning aggression and contextual provocations that can precipitate aggression in the individual child.

The promising intervention techniques are integrated in both core elements of the IPAM. This makes for a multi-method approach, in which both core elements are indissolubly related, and in which all necessary preconditions have been met.

Chapter 5 describes the design of the research with which the IPAM was examined in six (semi)residential institutions for child psychiatry and youth care in The Netherlands. All information regarding the sample, statistical analyses and measurements is provided in this chapter. The study concerned an uncontrolled clinical trial that consisted of three phases that each lasted eight weeks: the pre-implementation phase, the implementation phase, and the post implementation phase. Chapter 6 to 10 of the dissertation describe the different research questions and results.

In **Chapter 6** the most important characteristics of the aggressive incidents in (semi)residential child psychiatry and youth care are described. These characteristics were scored in the process of monitoring 1029 incidents with the Pro-ACT. Setting limits is the most frequently scored provocation for a child to become aggressive. Interacting with other persons is also, but somewhat less frequently, mentioned as a provocation for aggressive behavior. About three quarter of all incidents are characterized by cheeky behavior, calling names, shouting and screaming. The aggression is most often directed towards the group workers. In more than half of all incidents no material damage was caused, although emotional consequences were regularly identified in the victims. On average, four different measures per incident were administered by group workers. Verbal pedagogical measures were most often used. The use of mild force was mentioned in more than one quarter of all incidents. In one quarter of all restrictive interventions the child in question is escorted by force to his or her sleeping room by one or more group worker(s). Other types of restrictive interventions are present in more than 10% of all incidents.

On the basis of an analysis of 126 incidents, for which two group workers independently filled out a Pro-ACT form, the overall interrater reliability was found to be reasonable (κ 0,52). In one third of all categories that were scored on the form, the interrater reliability was good.

In **Chapter 7** the change in the use of restrictive interventions after implementation of the IPAM was examined. This was investigated by following the number of reported incidents with a restrictive intervention during the pre-implementation phase and the post-implementation phase. Only three out of the six participating institutes were able to provide registration data. The analysis described in this chapter is based on the 31 children that were present in these three child psychiatric institutes during the entire research period.

There was a decrease of 50% in aggressive incidents with a restrictive intervention after IPAM was implemented. This decrease was statistically significant. In children with relatively high baseline levels of aggressive behaviors the number of incidents decreased more strongly than in children with relatively low baseline levels of aggressive behaviors, who hardly experienced any restrictive interventions.

Chapter 8 examined whether there would be a change in the aggressive behaviors of the children after implementing IPAM. All six participating institutes were involved in this part of the investigation. Of the group of 94 children as a whole there was no decrease of aggressive behaviors.

The results showed that children in child psychiatry had stronger decreases in aggressive behavior problems than children in youth care. This was the case for both general aggressive behavior (CBCL subscale Aggressive behavior) and for aggressive behavior that was specific to a clinical context (SDAS-9 and MOAS). However, the extent to which these aggressive behavior problems decreased was rather small, and for relational aggression (CSBS-T subscale Relational aggression) even negligible. For children in youth care, the aggression scores increased instead of decreased. This increase, however, was also negligible.

The children who stayed on a ward where the implementation of IPAM had been successful, appeared to manifest more aggressive behavior problems typical for the clinical context (SDAS-9 and MOAS) after implementation than in the period before implementation. In contrast, for children who stayed on a ward where the implementation of IPAM had been unsuccessful these aggressive behavior problems decreased. In both groups of children, however, these changes were negligible.

The baseline levels of reactive aggression appeared to matter for the extent to which both the general aggressive behavior problems (CBCL subscale Aggressive behavior) and some aggressive behavior problems typical for the clinical context (SDAS-9) changed after implementation of IPAM. However, the changes for both children with relatively low or relatively high baseline levels of reactive aggression were negligible.

Chapter 9 focuses on the analysis of whether, after the implementation, there were specific changes in the group workers. For the group of 98 group workers as a whole, there was no change in the way they interpreted the aggressive behavior of children on their wards, the experience of burnout symptoms, and the number of official and self-reported work or aggression-related sickdays.

More specifically, the results showed that group workers on wards where the implementation of IPAM had been unsuccessful, tended to interpret children's aggression as more hurtful and insulting (ATAS subscale Insulting) than before implementation. This effect was negligible, however. In wards where the implementation had been only sufficient, the extent to which children's aggression was interpreted as insulting and hurtful declined. This decline was relatively small.

The general level of burnout symptoms (UBOS-C) appeared to increase for those group workers who, in advance of the study, had not followed a general course in using seclusion or restraint in the management of aggression. This increase was relatively small. For group workers who did follow such a course in advance of the study, the level of burnout symptoms remained stable.

For group workers in child psychiatry and for group workers who had been employed for more than 5 years in the (semi)residential work field, the perception of emotional exhaustion (UBOS-C subscale Emotional exhaustion) increased from the pre-implementation to the post-implementation phase. This increase was small. For group workers in youth care institutes and for group workers employed for periods shorter than 5 years, the level of emotional exhaustion remained stable.

Chapter 10 zooms in on the qualitative evaluation of the IPAM. According to a large majority of group workers the intervention had a clear surplus value. Group workers were most positive about the contribution of IPAM to working in a more proactive manner: allowing for a more acute focus on warning signals for escalating aggression, and zooming in on the causes of aggressive behavior in the individual child.

However, the group workers were most enthusiastic about working with the IAP. Most explicitly stated to want to keep on working with this instrument. In general, group workers were somewhat less enthusiastic about the Pro-ACT. Although a large majority found the information yielded by the Pro-ACT to be insightful and/or useful, only half of them said they wanted to continue working with the Pro-ACT. The majority of the group workers wanted their institute to make a clear choice between either using the own scoring form for aggressive incidents or the Pro-ACT.

Group workers who were employed for a period shorter than 5 years in the (semi)residential field were significantly more enthusiastic about the benefits of the IPAM for aggression management than group workers who were employed in this field for periods longer than 5 years. They, together with group workers on wards with insufficient levels of implementation, were significantly more enthusiastic about the Pro-ACT than group workers who had been employed for a period of more than 5 years in the (semi)residential field or who worked on wards where the implementation had been sufficiently successful.

Suggestions were given by group workers to improve the IPAM. After ordering these suggestions into several basic themes, this yielded a list of 16 different suggestions for optimizing the Pro-ACT and 5 suggestions for optimizing the IAP.

In **Chapter 11** the results of the present investigation are discussed. The most important conclusions are presented, together with a description of the scope and strengths of the study. Finally, the implications are put forward for future research and clinical practice. Probably, the most important conclusion is that IPAM realized a 50% reduction in aggressive incidents with a restrictive intervention. The

children with high baseline levels of aggressive behavior problems appear to profit most from IPAM. Despite the lack of a control group in the research design, these results are very promising. However, the results cannot be interpreted in terms of any “effect” of IPAM. Therefore, a major implication of this study is to conduct a large-scale, randomised controlled trial for establishing the true effectiveness of IPAM. This study should take place in the field of child psychiatry and youth care. It would be preferable if, in both sectors, the same registration method would be used. This would allow for a reliable registration of the number and type of restrictive interventions. The present results also provide insight into optimalization points for the IPAM intervention. Overall, future research should test an improved version of IPAM, that is based on these optimalization points.

Bijlagen

Bijlage 1: Proactive monitoring of Aggression in Children Tool (Pro-ACT)

Initialen kind: _____

Afdeling (leeftgroep): _____

Datum (dd/mm/jj):/...../.....

Registratienummer: _____

Naam melder (initialen): _____

Begintijdstip van de agressie (uur : min) : :

Incidentnummer: _____

1. Provocatie direct voorafgaand aan de agressie

LICHAMELIJK CONTACT:
Door kind naar bekend/onbekend persoon, nt.: ☐
Naar kind door bekend/onbekend persoon, nt.: ☐

BEGRENZEN:
Kind werd wens of verzoek geweigerd ☐
Kind voelde zich afgewezen of niet gehoord ☐
Kind werd begrensd of gecorrigeerd ☐
Externe druk op kind om verplichtingen, taken te doen ☐
Gebrek aan omgevingsstructuur of –grenzen ☐
Mensen toonden onzekerheid naar of angst voor kind ☐

PROBLEMEN IN DE COMMUNICATIE:
Kind was niet in staat de boodschap te begrijpen ☐
Kind was niet in staat zijn/haar mening over te brengen ☐
Kind leek te worden geleid door (angstige) gedachte, fantasie ☐

VERANDERINGEN/MOETEN WENNEN:
Vaste medewerkers onbraken (vakantie, afscheid b.v.) ☐
Nieuw en onbekende medewerker(s) op de afdeling ☐
Andere naaste personen keerden zich af van het kind ☐
Kind was net terug van weekend, korte trip b.v. ☐
Ontslag/opname ander kind op de groep ☐
Wisseling van activiteiten ☐
Schokkende gebeurtenissen (zaag zelf of in kran/top tv) ☐
Onverwachte situatie(s) ☐
Orrust op de afdeling ☐
Gebeurtenissen buiten de groep (werkluï, storm, sirene b.v.) ☐
Complicaties in het gezin ☐

PERSONEN:
Sociale interactie met volwassene (familieïd b.v.), nt.: ☐
Sociale interactie met andere kinderen (op groep, broer/zus), nt.: ☐
Eén-op-één-situatie met vrouwelijke volwassene, nt.: ☐
Eén-op-één situatie met mannelijke volwassene, nt.: ☐

SPANNENDE GEBEURTENIS (janig, dokter b.v.):
Op komst, nt.: ☐
Vond plaats, nt.: ☐

FRUSTRATIES:
Kind lukte iets niet ☐
Teleurstelling: horen van slecht nieuws ☐
Lichamelijk pijn of ziek ☐

PSYCHOFARMACA:
Medicatieverandering ☐
Medicatiefout (vergeten, verkeerd) ☐

ANDERS:
Andere direct aanwijsbare provocaties, nt.: ☐

Geen direct aanwijsbare provocatie ☐

Achterliggende reden/interpretatie (alleen in combinatie met direct aanwijsbare provocaties), nt.: _____

2. Door kind gebruikte middelen

VERBALE AGRESSIE: ☐
Brutaal, schelden, gillen, kjijsen ☐
Dreigementen uiten ☐

GEBRUIKSVOORWERPEN: ☐
Stoel ☐
Glas/services ☐
Andere objecten, nt.: ☐

DELEN VAN HET LICHAAM: ☐
Dreigende lichaamsstaal ☐
Handen (b.v. slaan, knijpen, krabben, aan kieren trekken) ☐
Voeten (b.v. trappen) ☐
Spugen ☐
Tanden (b.v. bijten) ☐
Hoofd (b.v. hoofdfonten, kopstoot) ☐
Anders, nt.: ☐

GEVAARLIJKE OBJECTEN OF METHODEN: ☐
Wurgpoging ☐
Anders, nt.: ☐

3. Doodwit van de agressie

Niets/n iemand/onduidelijk ☐
Object(en), nt.: ☐
Ander kind, nt.: ☐
Kind zelf ☐
Medewerker(s), nt.: ☐
Andere personen, nt.: ☐

4. Consequentie(s) voor slachtoffer(s)

Geen ☐

OBJECTEN:
Beschadigd: vervanging ☐
Beschadigd: niet noodzakelijk ☐
Noodzakelijk (kapot) ☐

PERSONEN:
Voelden zich bedreigd ☐
Emotioneel geraakt ☐
Pijn < 10 min. ☐
Pijn > 10 min. ☐
Zichtbare verwondingen ☐
Behandeling noodzakelijk ☐
Behandeling door arts ☐
noodzakelijk ☐
Anders, nt.: ☐

5. Maatregelen om agressie te stoppen vanaf waarschuwings-sig-naal. Nummer volgende (1, 2, 3, etc.)

Geen ☐ Nr.:
Bewust genegeerd ☐ Nr.:
Kind afgeleid ☐ Nr.:
Gewenst gedrag benoemd ☐ Nr.:
Kind toegesproken/conse-quenties gedrag benoemd ☐ Nr.:
Gesprek met kind ☐ Nr.:
Waarschuwing(-en) gegeven ☐ Nr.:
Kind licht vastgehouden ☐ Nr.:
Naar (slaap-)kamer gestuurd ☐ Nr.:
(zonder fysieke begeleiding/ dwang) ☐
Naar (slaap-)kamer verplaatst ☐ Nr.:
(dwang) met fysieke begeleiding van medewerker ☐ Nr.:
Ruimtelijke inperking op (slaap-)kamer (..... min.) ☐ Nr.:
Ruimtelijke inperking: time-out (..... min.) ☐ Nr.:
Kind krachtig vastgehouden ☐ Nr.:
(b.v. holding, bundeling)(..... min.) ☐
Anders, nt.: ☐ Nr.:

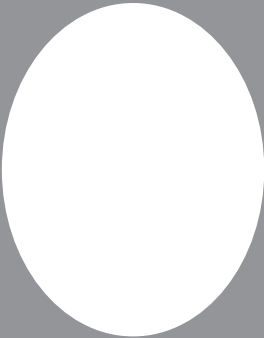
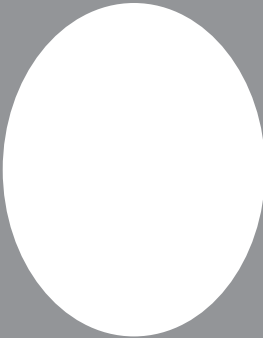
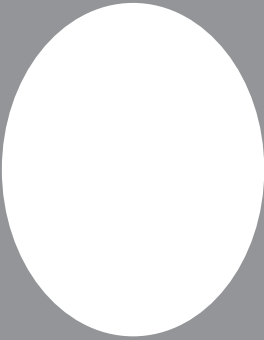
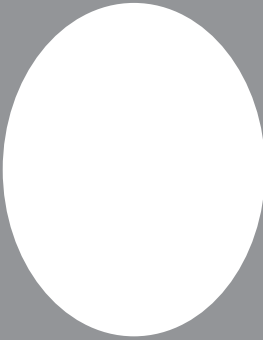
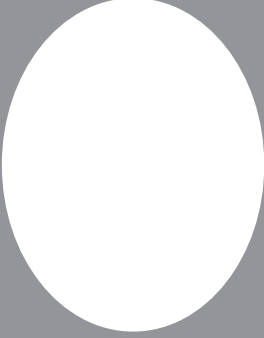
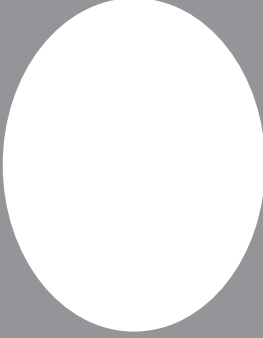
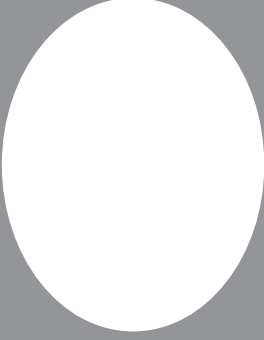
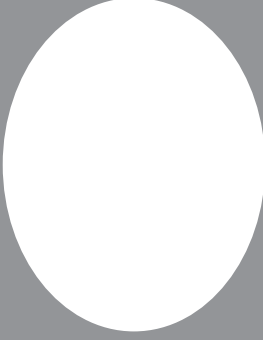
Instructie:

- Dit formulier wordt ingevuld door medewerkers die agressief gedrag (fase 2 en/of 3) hebben waargenomen. Onder agressief gedrag wordt verstaan: elk mild tot ernstig verbaal, nonverbaal of fysiek gedrag dat als dreigend wordt ervaren door de medewerker zelf en/of door andere aanwezigen of dat daadwerkelijke fysieke en/of emotionele schade aanricht aan het kind zelf, aan anderen of aan objecten (vrij naar Morrison, 1990).
- Fase 0 Ontspannen (geen agressie), fase 1 Waarschuwings-signalen, fase 2 Milde agressie, fase 3 Escalerende agressie.
- Per incident wordt één formulier ingevuld.
- Een incident stopt wanneer het kind weer tot taakstelling is geko-men en/of een gedragsinstructie volgt en zich hieraan weet te hou-den. De gedragsinstructie heeft niet noodzakelijk de onspronkelijke instructie te zijn die eventueel aan de agressie vooraf ging.
- Het kader van de gedragsinstructie wordt ingevuld door de medewerker geest
- Waar bij maatregelen over (slaap-)kamer wordt gesproken, kan ook de gang of een eventueel andere ruimte worden ingevuld.

184

[illegible]

Bijlage 2: Individueel Agressiehanteringsplan (IAP)

Individueel proactief agressiehanteringsplan		Naam:	Datum:
Interventies	Doelen	Gedrag kind	
	Fase 0: Ontspannen <i>Stimulatie ontwikkelen/leren conform bhph/vp</i> ☐ Appelleren aan eigen regulatievaardigheden ☐ Voorzien in externe regulatie		
	Fase 1: Waarschuwingssignalen <i>Terug naar gewenst gedrag</i> ☐ Zelfregulatie met kind oefenen/ondersteunen ☐ Appelleren aan regulatievaardigheden kind ☐ Situatie voor kind reguleren		
	Fase 3: Milde agressie <i>Verdere escalatie voorkomen</i> ☐ Zelfregulatie met kind oefenen/ondersteunen ☐ Appelleren aan regulatievaardigheden kind ☐ Situatie voor kind reguleren		
	Fase 4: Escalerende agressie <i>Veiligheid waarborgen</i> ☐ Agressie stoppen ☐ Situatie voor kind reguleren		

Dankwoord

En tot slot dit, het meest gelezen hoofdstuk van een proefschrift. Veel mensen hebben mij bijgestaan tijdens het schrijven van dit proefschrift. Het dankwoord schrijf ik dan ook graag voor hen, of eigenlijk voor jullie.

Prof.dr. Fop Verheij, beste Fop, vanaf de start ben jij als promotor nauw betrokken geweest bij de verschillende facetten van het promotietraject. Allround constructief aanwezig. Tegelijkertijd gaf je mij het vertrouwen om zelf aan de slag te kunnen. Daarvoor wil ik je zeer bedanken. Dankzij jouw jarenlange ervaring in het klinisch werk en publiceren is jouw rol ook een inspirerende geweest. Ik zie ernaar uit om, samen met collega's, verder te werken aan ons boek over agressiehantering.

Prof.dr. Frank Verhulst, beste Frank, jij was het die de mogelijkheid zag voor dit project de eerste financiering los te krijgen zodat we konden starten. Ook jij dacht mee in de verschillende fasen van het traject. Wat meer op afstand, maar altijd in staat de vinger op de zere plek te leggen. Het waren soms juist de kleine suggesties die je deed, die voor het proefschrift zo belangrijk bleken. Ik wil je graag bedanken voor je rol van secretaris in het kader van de leescommissie.

Fop en Frank, tijdens mijn studie noemde ik jullie als duo de Godfathers van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Wat een geweldige kans was het daarom voor mij om met jullie te mogen werken en van jullie ervaring te mogen leren.

Drs. Jan van der Ende, beste Jan. De laatste jaren van mijn promotietraject was ook jij actief betrokken. Jij hielp mij bij de statistische analyses en het maken van de juiste keuzen hierin. Ook las je mee met mijn hoofdstukken en vroeg je altijd geïnteresseerd naar mijn wel en wee. Hartelijk bedankt dat je tussentijds bent ingestapt.

Dr. Robert Ferdinand, beste Robert, jij hebt mij bij het opstarten van het onderzoek begeleid en mede dankzij jouw research club heb ik al in een vroeg stadium kennis kunnen maken met methodologische en inhoudelijke kwesties die bij wetenschappelijk onderzoek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie een rol spelen. Dank je wel.

Prof.dr. Henk Nijman, beste Henk, hartelijk bedankt voor het feit dat jij zitting wilde nemen in de leescommissie en corona. Ook wil ik je ervoor danken dat we bij de ontwikkeling van de Pro-ACT 'jouw' SOAS-R als uitgangspunt mochten nemen.

Prof.dr. Van Marle, ook u wil ik hartelijk bedanken voor uw rol in de leescommissie. Prof.dr. Knorth, Prof.dr. Dorelijers en Prof.dr. Veerman, hartelijk bedankt dat u zitting neemt in de corona. Prof.dr. Matthys, het is 13 jaar terug dat ik bij u stage liep. Een eer dat u nu zitting neemt in de corona.

Mr.dr. Adri van Montfoort, beste Adri, bedankt dat je zitting neemt in de corona. Ook ben ik je grote dank verschuldigd voor de steun die jij gaf tijdens mijn promotie. Zonder de ruimte die je me schonk om meer tijd aan mijn proefschrift te kunnen besteden, en dus wat minder aanwezig te zijn binnen jouw bureau, had ik 29 juni 2011 nooit als eindstreep gehaald.

Naast Prof.dr. Nijman, Prof.dr. Knorth en Prof.dr. Verhulst wil ik ook graag Prof.dr. Van der Gaag bedanken voor het feit dat u tijdens de ontwikkeling van de IPAM, als lid van het expertpanel hebt willen fungeren.

Prof.dr. Stål Bjørkly and Prof.dr. Tom Palmstierna, thank you for giving me the opportunity to use the REFA and SOAS(-R) as a basis in the development of the Pro-ACT.

Absoluut onmisbaar voor dit proefschrift zijn het bestuur, de staf en de vele pedagogisch medewerkers van de kinderkliniek van het Erasmus MC-Sophia geweest. Toen ik voor één dag per week op de kinderkliniek binnen kwam was het duidelijk dat ik 'iets' met agressie zou gaan doen. Maar wat? Feit dat ik zelf niet klinisch werkzaam was en in sommige fasen van het promotietraject vooral op pad was of achter de computer te vinden was, voelde soms als een grote afstand ten opzichte van datgene wat zich daadwerkelijk in de kliniek afspeelde. Het is daarom geweldig nuttig geweest hoe ik in mijn beginjaren op de leefgroepen altijd welkom was en er zelfs bijgeroepen werd als er een agressief incident was. Naast de dank die ik hiervoor wil uitspreken ben ik de teams nog veel meer dank verschuldigd: jullie vulden zo trouw de 'paarse' Pro-ACT lijsten in, wilden het maken van de 'bolletjesformulieren' uitproberen en wilden als proefkonijn fungeren bij de eerste versie van de training. Dank jullie wel.

De leden van de werkgroep Agressie wil ik graag bedanken: Manuelle Flos, Lonneke Jeremiasse, Renske Maandag, Marja Okkema, Mariëlle Seeuws, Nienke van Sloten, Maaïke Sterrenburg, Roeline de Vries en oud-collega's: Petra Bode, Marike Bruinsma, Vera Deenen, Angela Huijgen, Corinne van Loon en Marlies de Zeeuw. Jullie hebben mij enthousiast bijgestaan bij de ontwikkeling van de interventie. Ik heb veel van jullie geleerd. Marike Bruinsma, jij stond bovendien aan de wieg van het project: spin doctor vanaf de eerste minuut!

Vera Deenen, jij was mijn maatje bij de trainingen in de onderzoeksinstellingen. We waren net Jut en Jul, zwanger en misselijk op onze tour door Nederland. Jij weet je vast ook onze spoed-tussenstop bij de vangrail onderweg van Breda naar

Leeuwarden nog wel te herinneren? Ook hielp je bij de archivering van de ontelbare vragenlijsten die ik binnenkreeg. Heel erg bedankt.

Mijn personal assistants Nahida Gasanova, Karen van Riel, Denise Dusabe en Marjon van Rijs, jullie hielpen mij zo trouw bij het ophalen, de ordening en de invoer van de data. Erg bedankt.

Jolanda Wielemaker, wat wij delen is de interesse in praktijkgericht onderzoek. Ik vond het ook bijzonder om de combinatie van het moeder-worden en het schrijven van een proefschrift te delen.

Ook de leden van de research club kinder- en jeugdpsychiatrie, waar ik in de beginperiode van mijn promotie bij aanhaakte, wil ik graag bedanken. Ik heb veel geleerd tijdens de bijeenkomsten. En natuurlijk link ik jullie aan de onvergetelijke trip naar Australië!

Inge Demmendaal en Nicolette Oorebeek, ik ben blij met jullie praktische ondersteuning. Bovendien was het altijd gezellig even bij te kletsen tijdens het ophalen van mijn printjes... Inge speciaal bedankt voor het vertalen van de Pro-ACT en voor de hulp bij de afhandeling van de praktische zaken rondom de promotie. Waarom ben jij zelf eigenlijk nooit gepromoveerd?

Tot slot wil ik alle medewerkers van de kliniek bedanken voor hun gezelligheid en interesse in het onderzoek. En ik wil mijn waardering uitspreken voor het prachtige, vruchtbare, maar ook moeilijke en soms frustrerende werk met de kinderen en hun ouders die op onze kliniek verblijven.

En dan nu eindelijk, de instellingen waar het onderzoek plaatsvond: Yulius (voorheen RMPI), Accare divisie Kinder- en jeugdpsychiatrie Drenthe/Overijssel, Universitair Centrum Kinder- en jeugdpsychiatrie Groningen, GGZ Friesland, Horizon en Tender jeugdzorg.

Allereerst ben ik dank verschuldigd aan het bestuur van de zes instellingen vanwege de instemming met deelname aan het onderzoek. Fijn dat uw instelling wil bijdragen aan het vergroten van kennis over een evidence based praktijk.

Het liefst zou ik iedereen met wie ik veelvuldig contact heb gehad in het kader van de coördinatie van de onderzoeksactiviteiten binnen de instellingen afzonderlijk bedanken. Jullie waren voor mij onmisbare schakels! Evengoed onmisbaar waren de pedagogisch medewerkers, teammanagers, gedragswetenschappers en psychiaters van de 27 leefgroepen. Jullie investering was groot. Ik realiseer me dat we veel van jullie hebben gevraagd. Het is volbracht! In veel gevallen zijn ook de secretariaten van de instellingen voor het onderzoek belangrijk geweest. Geweldig dat vanuit alle lagen binnen de organisaties medewerking is verleend aan het onderzoek.

Collega's van Bureau Van Montfoort, ook jullie ben ik dank verschuldigd en niet alleen voor de interesse die er altijd was in het verloop (en natuurlijk de progressie) van het proefschrift. Toen duidelijk werd dat het promotietraject

daadwerkelijk kon starten, stond het management ervoor open mijn contract in uren te verminderen. Ook gunden jullie mij een verlof van 3 maanden om een goede doorstart te kunnen maken. Deze bereidwillendheid heb ik zeer op prijs gesteld, super gewoon!

Door de samenwerking met collega's van het bureau en van collega-instellingen in projecten heb ik daarnaast de gelegenheid gehad om vanuit diverse invalshoeken te kunnen leren. Renske de Boer, jij las voor mij de juridische paragrafen van het proefschrift en voorzag deze van commentaar. Dank je wel. Mascha Struijk, jij kwam met het ultieme voorstel een proefschrift-sabbatical op te nemen. Ja, helpen is soms ook ongevraagd advies geven.

Mijn vrienden, sommigen nog van de middelbare schooltijd (wat zijn we brave burgers geworden he?!), anderen van de studietijd (een behoorlijk aantal zelfs van de eerste werkgroep; wat intrigerend dat de beginletter van je achternaam zo'n mooie garantie geeft op vriendschap) en anderen komen aanwaaien als eerst collega en nu vriendin. Een aantal erbij gekregen via Geertjan of anderszins. Allemaal zijn jullie mij heel veel waard. Ik wil jullie bedanken voor jullie altijd aanwezige interesse in het proefschrift én in mij. En voor de afleiding. Er even tussenuit, een mailtje tussendoor (hallo wereld!), of mijn favoriet: gewoon een heerlijke avond lang met elkaar eten en drinken. Laten we samen nog veel leuke dingen blijven doen.

Twee vriendinnen noem ik expliciet, omdat zij in het kader van mijn promotie van groot belang zijn. Vicky, bedankt voor het attenderen op de vacature van onderzoeker bij het Erasmus MC-Sophia! Op deze manier waren we niet alleen vriendinnen, maar werden we ook collega's. Niet alleen blijken wij bovendien onze interesse in (promotie?)onderzoek te delen, als ondertussen oud-leef-groepcoördinator in onze kliniek weet jij als geen ander álles van het onderwerp dat in dit proefschrift centraal staat. Hoe kon het anders, dan dat ik jou als paranimf vroeg? Lucia, jij deed de vormgeving van mijn proefschrift. Wat een opluchting dat iemand met verstand van zaken dit van mij kon overnemen. Je bent er één uit duizenden! Laten we weer eens gaan squashen.

Papa en mama, wat fijn dat jullie allebei getuige mogen zijn van deze promotie. Daar ben ik bijzonder gelukkig mee. Bedankt voor jullie interesse en ondersteuning, de extra oppasdagen en bovenal bedankt dat jullie mijn lieve ouders zijn. Jullie geloof in mij is groot en dat hebben jullie nooit onder stoelen of banken gestoken. Dat is een fijne basis om vanuit verder te mogen groeien. Verder wil ik jullie prijzen dat het jullie is gelukt mijn eigen woedeaanvallen als kind en puber de kop in te drukken! Ik ben er vanaf geloof ik. En ik eet nu zelfs graag soep op zondag.

Gerard en Phine, jullie wil ik heel graag bedanken voor jullie wekelijkse oppasdag en extra hulp bij de klussen in huis. Met deze steun hebben jullie het mij mogelijk gemaakt me vele uren te concentreren op mijn werk en proefschrift.

Dat al deze hulp helemaal niet vanzelfsprekend is, realiseer ik me heel goed. Ik bof maar met zulke lieve en zorgzame schoonouders.

Gerlinde en Machteld, met jullie heb ik mijn jeugd gedeeld. Dat wil zeggen alles: plezier, verdriet en ruzie, maar toch vooral het plezier. Ik had het met niemand anders willen meemaken. Jullie zijn zussen om trots op te zijn, het is heel fijn om te mogen delen in de zorgzame manier waarop jullie in het leven staan. Ik vind het alleen niet aardig dat jullie allebei in Zaltbommel zijn gaan wonen en ik niet, maar goed. Beiden hielpen jullie mij bij het afronden van het proefschrift door regelmatig jullie favorietje nichtje een dagje in huis te halen. En Machteld, jij hielp me bij de eindredactie. Wat een werk. Geweldig bedankt! Jullie beloofde standbeeld past inderdaad niet in mijn 'tuin', maar wel voor het Erasmus MC. Marianne, Marit en Jaap kreeg ik er in de loop der jaren gratis bij. Een verrijking. Ik heb het enorm met jullie getroffen!

En Geertjan, je hebt me op zoveel manieren ter zijde gestaan. Dank voor je praktische adviezen, de rust die je me gunde en de vele afleidingen samen. Fijn dat je mijn paranimf wilt zijn. Jij bent zo trots op mij. Ik ben blij met jou, voor mijzelf maar ook als papa van Linn, onze orchidee. Mi lubba da och.

Over de auteur

Curriculum Vitae

Marije Willemien Valenkamp werd geboren op 14 juli 1976 te Nieuw Vennep, Haarlemmermeer. In 1994 behaalde zij haar Gymnasium diploma aan het Herbert Vissers College te Nieuw Vennep. Vanaf dat zelfde jaar studeerde zij Orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht. Tijdens haar studie liep zij klinische stage aan de kinderkliniek Vosseveld voor kinderen met gedragsstoornissen van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Haar afstudeeronderzoek richtte zich op de vraag in hoeverre ouders betrouwbaar rapporteren over het eigen opvoedingsgedrag.

Na haar afstuderen werkte zij gedurende het studiejaar 1999-2000 als junior docent aan de faculteit Sociale wetenschappen van de Universiteit Utrecht. In dat jaar begeleidde zij tweedejaars studenten in het schrijven van hun onderzoekspaper. Tevens gaf zij werkgroepen psychodiagnostiek en systematische gedragsobservatie.

Ook in 1999 startte zij met haar onderzoekswerkzaamheden bij Stichting Altrecht GGZ te Utrecht. Eerst als onderzoeksassistent en later als onderzoeker. Zij werkte hier tot en met het jaar 2001 mee aan het onderzoek naar de Individuele Rehabilitatie Benadering bij langdurig psychiatrische patiënten.

In 2001 maakte zij de overstap naar het Trimbos-instituut te Utrecht, waar zij tot 2004 werkzaam was als junior wetenschappelijk medewerker. De belangrijkste thema's waarmee zij zich bezighield waren de screening van psychische problematiek bij het Bureau Jeugdzorg en onderzoek naar een interventie voor depressieve klachten bij ouderen.

Gedurende het jaar 2002 combineerde zij haar werkzaamheden bij het Trimbos-instituut met een tijdelijke functie als onderzoeker bij het Regionaal Psychiatrisch Centrum van Stichting Altrecht GGZ te Woerden, alwaar zij de patiënttevredenheid in kaart bracht.

In de jaren 2004 en 2005 was zij tijdelijk werkzaam als interventieontwikkelaar bij de GGD Rotterdam e.o. Hier hield zij zich bezig met de regionale

vroegsignalering en aanpak van depressie bij adolescente meiden, aan wie zij ook een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining gaf.

In 2004 kwam zij als onderzoeker in dienst bij de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie van het Erasmus MC-Sophia te Rotterdam. Het jaar daarop startte haar promotieonderzoek onder begeleiding van haar promotor Prof.dr. Fop Verheij en haar dagelijks begeleider Drs. Jan van der Ende. De resultaten van het onderzoek staan beschreven in dit proefschrift.

Sinds 2005 is zij tevens als senior adviseur werkzaam bij Van Montfoort/Collegio te Woerden. Hier werkt zij aan de ontwikkeling van interventies voor de klinische jeugdzorg en voor jeugdigen en volwassenen, al dan niet met een verstandelijke beperking, binnen het strafrechtelijk kader.

Publicaties niet besproken in dit proefschrift

- Van den Mortel, M., & Valenkamp, M.W. (2011). *Samen werken aan perspectief. Een methode voor intensieve behandeling in de residentiële jeugdzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Valenkamp, M.W., Verheij, F., Van der Ende, J., Verhulst, F., & Nijman, H. (2010). Development and evaluation of the individual proactive management method for residential child psychiatry and child care. In: E.J. Knorth, M.E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (red.), *Inside out. How interventions in child and family care work. An international source book* (379-381). Antwerpen & Apeldoorn: Garant.
- Valenkamp, M.W., Verheij, F., Verhulst, F.C., & Van der Ende, J. (2009). De individuele proactieve agressiehanteringsmethode in de residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg: achtergrond en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(3)/Suppl.1, s35.
- Valenkamp, M.W. (2007). Proactieve agressiehantering in de residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie: monitoring en hanteringsplannen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(4)/Suppl.1, s126.
- Valenkamp, M.W., Verhulst, F.C., & De Ruiters, C. (2006). Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 27, 4-30.
- Valenkamp, M.W., Swildens, W.E., Mentjox, R., & Van Weeghel, J. (2006). Rehabilitatie en de rol van de behandelaar. *Passage, tijdschrift voor Rehabilitatie*, 2, 35-43.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project. *Aging and Mental Health*, 9, 302-304.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E., & Valenkamp, M.W. (2004). In search of meaning: a reminiscence program for older persons. *Educational Gerontology*, 30(9), 751-766.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M.W., & Westerhof, G. (2004). Op zoek naar zin, een cursus rond het eigen levensverhaal. *Geron*, 6(1), 12-15.
- Valenkamp, M.W., De Graaf, I.M., & De Ruiters, C. (2003). *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Valenkamp, M.W. (2003). Jongeren met leer- en gedragsstoornissen thuis en op school. Verslag van het symposium van Balans. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2, 164-167.
- Valenkamp, M.W. (2003). Allochtoon dus ongezond? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1056-1059.
- Swildens, W.E., Van Keijzerswaard, A.J., Van Wel, T.F., De Valk, G.J.J., & Valenkamp, M.W. (2003). Individuele rehabilitatie voor chronisch psychiatrische patiënten: een open onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45(1), 15-26.

- Valenkamp, M.W. (2002). Het functioneren van de Multifunctionele Eenheden in de Utrechtse regio. *Trends in de MFE-vorming binnen de geestelijke gezondheidszorg*. Woerden: Altrecht.
- Swildens, W., Van Keijzerswaard, A., & Valenkamp, M. (2001). *Hoe langer hoe beter; individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Amsterdam: SWP.

PhD Portfolio: overzicht van training en onderwijsactiviteiten tijdens het promotietraject

Naam promovendus: Marije Valenkamp
 Promotieperiode: 2005-2011
 Erasmus MC afdeling: Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie
 Research school: n.v.t.
 Promotor: Prof.dr. F. Verheij



PhD training	Jaar	Werkbelasting in ECTS
Onderzoeksvaardigheden		
Clinical Trials, Erasmus Summer programme, Rotterdam	2007	0,5
Regressie-analyse met SPSS, SPSS Benelux, Gorinchem	2009	1,0
Multilevel analyse met SPSS, SPSS Benelux, Gorinchem	2009	0,5
Endnote, workshop Erasmus MC, Rotterdam	2009	0,1
Researchmeetings Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie Erasmus MC-Sophia, Rotterdam	2005 - 2011	1,0
PhD Day, Erasmus MC, Rotterdam	2009	0,1
Onderzoekersoverleg Dwang en Drang GGZ Nederland, Amersfoort	2008 - 2011	0,6
Symposium The ins and outs of intervention research, Universiteit Utrecht, Utrecht	2011	0,3
Nationale congressen/symposia		
Studiedag Zelfcontrole, Teun van Maanen, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam	2005	0,3
Symposium Werken met signaleringsplannen, Bert van de Werf, Rotterdam	2005	0,3
Jubileumsymposium Catamaran. Makkelijker gezegd dan gedaan! Eindhoven	2006	0,3
Studiedag Autisme, etiologie, diagnostiek en behandeling, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam	2006	0,3
Studiedag Angst, etiologie, diagnostiek en behandeling, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam	2006	0,3
Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Groningen	2006	0,3
Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Maastricht	2007	0,3
Symposium Kinderen waar we geen raad mee weten, Horizon/Hogeschool Rotterdam, Rotterdam	2007	0,3
Gezinssymposium, Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen	2007	0,3

Zestig jaar Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Utrecht	2008	0,3
Symposium Behandeling centraal, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam	2009	0,3
Delinquentie bij jeugdige LVG-ers, Leids Congres Bureau, Amersfoort	2009	0,3
Congres Van beheersen naar intensive care in de GGZ, GGZ Nederland/Ministerie van VWS, Nijkerk	2010	0,3
Landelijk symposium Moeilijke jongeren en jong volwassenen met een licht verstandelijke beperking, Euroregionaal Congresburo, Eindhoven	2010	0,3
Internationale congressen/symposia		
17 th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), Melbourne	2006	1,1
5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (ECVCP), Amsterdam	2007	0,9
6th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (ECVCP), Stockholm	2009	0,9
XI Biennial international conference of the European Scientific Association of Residential and Foster Care for children and adolescents (EUSARF), Groningen	2010	0,6
14th International congress of European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), Helsinki	2011	1,1

PhD lezingen en workshops		
Nationale lezingen en workshops		
Proactieve agressiehantering in de kinderkliniek KJP, Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Groningen	2006	0,3
Individuele proactieve agressiehantering in een kinderpsychiatrische kliniek, Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Maastricht	2007	0,3
Proactieve individuele agressiehantering voor de residentiële KJP en jeugdzorg, Casusregister Dwang en Drang GGZ Nederland, Amersfoort	2008	0,3
Agressie meetbaar? Symposium Behandeling centraal, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam	2009	0,3
Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode (dag)klinische KJP en Jeugdzorg. Congres Van beheersen naar intensive care in de GGZ, GGZ Nederland/Ministerie van VWS, Nijkerk	2010	0,3
Internationale lezingen en workshops		
Proactive aggression management: development of a method for residential child psychiatry, 17th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), Melbourne	2006	0,5
An intervention for individual proactive aggression management in residential child psychiatry, development and evaluation, 6th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (ECVCP), Stockholm	2009	0,5

Individual proactive aggression management in residential child care, XI Biennial international conference of the European Scientific Association of Residential and Foster Care for children and adolescents (EUSARF), Groningen	2010	0,5
Individual proactive aggression management in residential child care: results, 14th International congress of European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), Helsinki	2011	0,5

PhD onderwijsactiviteiten		
Gegeven onderwijs en bijscholing		
Proactieve agressiehantering in de kinderkliniek, Boerhaave commissie nascholing voor kinder- en jeugdpsychiaters, Leiden	2005	1,0
Beloningssystemen en het stellen van doelen in de residentiële jeugdzorg voor jeugdigen met complexe gedragsproblematiek, Jeugdformat, Rijswijk	2005 - 2006	3,0
Psychiatrische ziektebeelden bij kinderen 6-18 jaar, keuzeonderwijs 3e jaars studenten Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam	2007	0,4
Review-begeleiding thema kinder- en jeugdpsychiatrie, keuzeonderwijs 2e jaars studenten Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam	2007	1,6
What works criteria in relatie tot de ontwikkeling en uitvoering van de Cognitieve Vaardigheidstraining voor justitiabelen met een LVB, bijdrage aan basiscursus interventiecoaches Leger des Heils reclassering, Utrecht	2007	1,0
Individuele Proactieve Agressiehanteringsmethode in de (dag)klinische instellingen voor jeugdzorg en kinderpsychiatrie, training en supervisie aan onderzoeksinstituten, Erasmus MC-Sophia, RMPI, Accare, Horizon, Tender, GGZ Friesland	2008	5,5
Normale ontwikkeling bij kinderen 0-5 jaar, keuzeonderwijs 3e jaars studenten Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam	2009	0,4

